

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 82

PUERPÉRALITÉ ET PSYCHOSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Mars 1929

PAR

Jeanne CAPELLE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Née à CARCASSONNE (Aude), le 1^{er} Septembre 1904

Examineurs de la Thèse

{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
	VERGER, professeur.....	Juges.
	PÉRY, agrégé.....	
	PERRENS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 82

PUERPÉRALITÉ ET PSYCHOSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Mars 1929

PAR

Jeanne CAPELLE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Née à CARCASSONNE (Aude), le 1^{er} Septembre 1904

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	<i>Président.</i>
		VERGER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PÉRY, agrégé.....	
		PERRENS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINGETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		CHARRIER.
	GREYX.	Obstétrique.....	LOUBAT.
	N.		PÉRY.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	FAUGÈRE.
	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	BEAUVIEUX.
	PIÉCHAUD.	Pharmacie	JOULIA.
			GOLSE.



COURS COMPLEMENTAIRES

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	GABANNES.	Zoologie et Parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Pendant notre séjour à la Maternité, et surtout dans le Service de M. le Professeur Abadie à l'hôpital Saint-André, nous avons eu parfois l'occasion d'observer des troubles mentaux chez des femmes au cours de la puerpéralité. Sur l'instigation de M. le Professeur Abadie, nous avons entrepris l'étude de la vieille question de la folie puerpérale. Nous avons alors pu constater l'intérêt qu'elle a éveillé en tout temps et dans tous les pays; nous avons été surprise de voir les divergences d'opinion et les discussions qu'elle a soulevées. Aujourd'hui encore, l'accord est loin d'être fait entre les auteurs à son sujet. Mise en présence des troubles mentaux survenus pendant la puerpéralité, il nous a semblé reconnaître des faits déjà observés en dehors d'elle. Nous nous sommes alors demandé si les psychoses puerpérales avaient vraiment l'importance qu'on leur a donnée, que beaucoup d'auteurs leur donnent encore. La puerpéralité crée-t-elle des troubles mentaux particuliers ? Jusqu'à quel point ceux qui apparaissent pendant cet état lui sont-ils imputables ? La dénomination de psychoses puerpérales est-elle même justifiée et dans quel sens peut-elle l'être ?

Telle est l'étude que nous nous sommes proposée.

M. le Professeur Abadie nous a guidée et largement aidée dans notre tâche. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

PUERPÉRALITÉ ET PSYCHOSES

HISTORIQUE

Nous n'avons pas ici l'intention de reprendre en détail l'histoire de la folie puerpérale depuis Hippocrate. Ce travail a été fait en 1858 par Marcé, dans son « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices » et, depuis, repris dans de nombreuses thèses, en particulier dans celle de Castin (1898) où il est excellemment traité. Après avoir simplement rappelé l'évolution des conceptions de la folie puerpérale à travers les âges, nous nous proposons d'insister sur la manière dont se pose actuellement cette question et de donner quelques détails sur les différentes opinions émises par les accoucheurs et les psychiatres depuis une quarantaine d'années.

Il semble que l'on puisse sans trop d'arbitraire, et sans s'embarrasser de détails, distinguer trois périodes dans l'histoire de la folie puerpérale :

1° La plupart des anciens auteurs font rentrer la folie puerpérale dans l'étude des folies sympathiques qui s'expliquent par un lien secret et mystérieux entre les organes et le cerveau. Ils croient aussi, se basant sur des faits mal vus et mal interprétés, que l'éclosion des troubles mentaux est due à la déviation vers le cerveau des menstrues, des lochies, du lait : c'est la théorie humorale. Théorie humorale et théorie sympathique persistent jusqu'au xix^e siècle.

2° Avec Esquirol, on commence à rejeter ces théories et

à chercher des causes étiologiques plus en rapport avec les faits observés : c'est ainsi qu'apparaît la notion du terrain psychopathique, et celle des causes excitantes telles les affections morales, les écarts de régime, le sevrage brusque, etc...

3° Enfin, vers 1885, apparaissent deux notions étiologiques nouvelles : l'infection et l'intoxication qui, pour la plupart des auteurs, vont passer au premier plan.

Première période.

Hippocrate décrit une épidémie de fièvres survenant chez les nouvelles accouchées et, chez plusieurs, s'accompagnant de délire. Se basant sur des faits mal vus et mal interprétés, il dit : « Une congestion de sang dans les mamelles annonce la folie », et il édifie même une théorie étiologique purement humorale : « Lorsque les lochies se portent vers la tête, il peut survenir de l'excitation, du délire et des transports maniaques ». Galien émet une opinion à peu près analogue et fait intervenir des connexions mystérieuses entre le cerveau et les mamelles pour expliquer la pathogénie de ces délires : « Le sang plus brûlant s'accumule dans les mamelles et ne peut se convertir en lait; en raison des connexions qui existent entre les mamelles et le cerveau, les vapeurs brûlantes montent vers ce dernier et la manie peut survenir ». Mais, dit Mercurialis, cette opinion ne peut être soutenue qu'en admettant que la faculté des mamelles est affaiblie ; ne pouvant transformer en lait le sang vicieux, ce dernier envoie vers la tête des vapeurs mélancoliques et bilieuses qui peuvent amener la manie. Arétée, comme Galien, est partisan de la folie sympathique.

On retrouve, avec des variantes, les mêmes opinions chez les auteurs de la décadence romaine, chez les Arabes du Moyen-Age et chez les médecins français et étrangers jusqu'à la fin du XVIII^e siècle : Puzos, Levret, Berger, Daquin, Lazare Rivière, Van Swieten et Sydenham prétendent que,

après la parturition, le lait chez les femmes bien portantes s'échappe de l'économie à la fois par la sécrétion mammaire et l'écoulement lochial. Si ces deux flux viennent à s'arrêter brusquement, le lait en nature est résorbé par les vaisseaux, se répand dans toute l'économie et occasionne des accidents qui varient suivant le lieu où le dépôt s'effectue; si le cerveau est atteint, la manie peut s'ensuivre. Sauvages décrit la manie laiteuse due au transport et à l'accumulation du lait dans le cerveau.

Au début du ^{xxi}^e siècle, Nasse, Schroder, Jacobi, Ellis, Georget, Bayle, Anceaume, Belhomme, Courot, placent le point de départ des maladies mentales dans les lésions du cœur, du foie, des ganglions, du système vasculaire abdominal, etc... Broussais fait jouer à la congestion le premier rôle : « Les folies si communes à la suite des couches, écrit-il, ne naissent pas sous l'influence d'un seul organe; tous sont dans un état de surexcitation; à cette époque si remarquable, la congestion est imminente pour tous, et si les évacuations nécessaires sont interrompues, une cause légère peut se fixer sur le cerveau, comme sur tout autre appareil viscéral, et cette cause déterminante est souvent d'ordre moral ». On voit ici, à côté de l'importance encore accordée à la suppression du lait et des lochies, intervenir d'autres causes, et en particulier des causes d'ordre moral que les auteurs de la période suivante feront passer au premier plan, en même temps qu'ils découvriront l'importance du terrain.

Deuxième période.

Esquirol, le premier, fait une étude rationnelle de l'étiologie de la folie puerpérale : pour lui, un douzième des femmes aliénées sont des puerpérales. La folie apparaît plus fréquemment chez les accouchées que chez les nourrices, et le danger de folie diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'accouchement. Les nourrices, surtout dans la classe pauvre, sont beaucoup plus disposées à devenir aliénées

après le sevrage que pendant l'allaitement. Beaucoup de folies du post-partum ont eu des prodromes pendant la grossesse. Les femmes d'un âge avancé sont plus prédisposées que les jeunes parturientes. Esquirol divise les causes de la folie puerpérale en deux classes : 1° les causes prédisposantes, au rang desquelles interviennent en premier lieu l'hérédité puis les accès de folie antérieurs, et, 2° les causes excitantes, qui sont : les écarts de régime, les affections morales, le sevrage brusque et, enfin, le sexe masculin de l'enfant. L'auteur décrit les formes de folie qu'il a observées : sur 92 cas, il trouve 8 cas de démence, 35 de lypémanie ou de monomanie et 49 cas de manie. Les troubles mentaux sont accompagnés de symptômes physiques : les lochies diminuent ou disparaissent, la sécrétion lactée ne s'établit pas ou disparaît. Mais, dans quelques cas, ni l'un ni l'autre de ces symptômes ne se produit. Dans un cas même, les lochies étaient abondantes et hémorragiques. Comment agit la suppression du lait ? Esquirol ne croit pas aux dépôts laiteux, mais il parle d'une « diathèse laiteuse » qui après l'accouchement, pendant la lactation, « modifie toutes les sécrétions de la femme et leur imprime son caractère ». Mais Esquirol ne dit pas en quoi consiste cette diathèse laiteuse et se contente de dire qu'elle amène des modifications spéciales aux accidents dont sont particulièrement menacées les nouvelles accouchées. D'après l'auteur, le pronostic de la folie puerpérale est bon : la guérison se produirait dans les deux tiers des cas, mais il y aurait des rechutes fréquentes quand « des prédispositions énergiques ont précédé le premier accès ».

Morel insiste sur la prédominance étiologique de la prédisposition, mais il remarque chez ses malades des symptômes qui lui paraissent intimement liés aux modifications physiques et morales imprimées par la puerpéralité à tout l'organisme de la femme et tend à créer en faveur de la folie puerpérale une entité pathologique spéciale.

Marcé, en 1858, écrit sur la question un traité devenu

classique. Il distingua la folie des femmes enceintes, la folie des nouvelles accouchées et des nourrices, qui offrent entre elles de nombreux points de contact. Ces troubles intellectuels, tout en se confondant avec les formes ordinaires de la folie, dit-il, ont un caractère tout à fait spécial grâce aux conditions organiques au milieu desquelles il se développe, tandis que, en dehors de l'état puerpéral, dans la majorité des affections mentales, il n'y a pas de trouble organique ou il est secondaire. Mais l'état puerpéral n'est ni une diathèse, ni une affection locale. C'est une dénomination trop générale pour être précise. Mieux vaut étudier les états pathologiques secondaires qui constituent cet état et qui trouvent facilement leurs analogues dans les diverses manifestations que nous présente la pathologie : c'est ainsi que le travail et l'accouchement peuvent être comparés à une grave opération qui ébranle profondément le système nerveux. Après l'expulsion du fœtus, l'utérus offre une large surface suppurante et exposant à l'infection. L'établissement de la sécrétion lactée affaiblit l'organisme, ainsi que plus tard la suppression de cette sécrétion.

Ayant ainsi mentionné, sans leur attacher plus d'importance, le rôle des accidents puerpéraux dans la production des troubles mentaux, Marcé passe à l'étude des causes qui lui paraissent primordiales. Il les divise en causes prédisposantes et en causes occasionnelles. Parmi les causes prédisposantes, en première ligne vient l'hérédité. On la rencontre dans plus d'un cas sur trois. Puis, vient l'anémie, qui est quelquefois primitive, plus souvent consécutive à des grossesses répétées, à des hémorragies, à une lactation trop prolongée. Les multipares sont exposées davantage à la folie que les primipares, cependant plus souvent atteintes par les autres complications de la puerpéralité. L'âge avancé, les accès antérieurs de manie ou de mélancolie, soit en dehors, soit à l'occasion des états puerpéraux précédents, l'état moral de la femme pendant la grossesse, le sexe masculin de l'enfant, constituent des causes prédisposantes de plus ou moins d'importance.

Les causes occasionnelles sont de deux sortes : les unes agissent au moment même de l'accouchement : ce sont les obstacles à la parturition, les hémorragies, les convulsions éclamptiques, les inhalations de chloroforme, les émotions morales. Les autres agissent un peu plus tardivement : ce sont la première menstruation, les inflammations du sein qui sont toutes prêtes à occasionner des troubles par l'anxiété qu'elles produisent, la terreur d'une opération, la douleur amenée par les incisions, les pansements, et enfin l'éclampsie.

Marcé admet les folies sympathiques mais, dans cette classe, range exclusivement les cas de folie passagère liés à l'acte de l'accouchement et disparaissant après le travail, et quelques cas de psychoses de la grossesse qui guérissent après l'accouchement.

Marcé décrit les diverses formes de folie observées chez les nouvelles accouchées : ce sont, par ordre de fréquence : la manie, la mélancolie, la monomanie, et, enfin, une forme particulière d'affaiblissement mental qui semble causée par d'abondantes pertes de sang ou des causes débilitantes d'une grande énergie, et qui guérit rapidement grâce à un traitement approprié. La manie survient en général immédiatement après l'accouchement, et chez des sujets qui, après une opération longue et douloureuse, conservent au moins quelques jours une large surface en suppuration : elle offre quelques connexions pathologiques avec ce délire nerveux qui éclate parfois à la suite d'une lésion traumatique ou pendant le cours d'une maladie organique à forme aiguë. La manie est quelquefois compliquée de délire aigu, dont Marcé donne le tableau, et qui n'est autre que la confusion mentale hallucinatoire aiguë qui accompagne parfois la septicémie puerpérale que l'auteur méconnaît complètement. Il explique ainsi sa production : « La manie, par suite de son association avec l'état puerpéral, offre une certaine tendance à passer au délire aigu, car la présence d'une large surface suppurante imprime à toutes les

affections concomitantes un caractère inaccoutumé de gravité, en favorisant le développement des accidents ataxo-adyamiques ».

La folie des nourrices, moitié moins fréquente que celle des nouvelles accouchées, et qui est due à un état d'anémie et de débilitation, emprunte le plus souvent les caractères de la mélancolie, puis ceux de la manie, ceux de la folie à double forme (période maniaque suivie d'une période mélancolique), et, enfin, très rarement, ceux d'une monomanie toujours caractérisée par l'impulsion. Le pronostic de la folie des nouvelles accouchées et des nourrices est généralement bon : seul, le délire aigu met en danger les jours de la femme. Le pronostic des autres formes est meilleur lorsqu'elles apparaissent pendant la puerpéralité que lorsqu'elles se produisent spontanément.

Pour Hervieu, en 1870, la folie puerpérale comprend la folie des femmes enceintes, celle des femmes en travail, des nouvelles accouchées et des nourrices. Chez les femmes enceintes, l'impressionnabilité excessive du système nerveux se traduisant par des vomissements, des syncopes, des crampes, du vertige, de la tendance au découragement, à la mélancolie, prépare le terrain. Les causes qui déterminent l'éclosion des troubles mentaux sont l'hérédité, les accès antérieurs, l'anémie, le froid, les écarts de régime, les troubles intestinaux, mais surtout les commotions morales. Les formes observées sont la manie et la mélancolie. La délivrance ne met pas toujours fin aux désordres psychiques ; pour porter un pronostic, il faut tenir compte de l'hérédité, des conditions dans lesquelles se trouve l'organisme. La folie des femmes en travail est déclanchée par des troubles de la circulation encéphalique et par une action réflexe : par l'intermédiaire des nerfs utérins, il y a excitation de la moelle et de l'encéphale. L'évolution est rapide ; le délire cesse avec le travail. La folie des femmes en couches a des causes prédisposantes : l'hérédité, les antécédents vésaniques personnels, les commotions morales, l'âge avancé,

l'anémie, les hémorragies. Parmi les causes déterminantes, Hervieu reconnaît l'éclampsie et la métrite, la phlébite, l'ovarite et la péritonite qui sont susceptibles de donner des délires aigus fébriles, mais non le délire maniaque et apyrétique. Comment agit l'infection d'origine utérine pour déclencher les troubles mentaux ? Peut-être par le passage dans le sang « des principes putrides survenant des lochies altérées, fétides, sanieuses, comme celles que nous avons si fréquemment occasion d'observer chez les malades atteintes d'une endo-métrite suppurée ». Enfin, pour Hervieu, il existe un lien entre les troubles encéphaliques et les fonctions mammaires, mais il ne spécifie pas de quelle nature est ce lien, se bornant à éliminer l'hypothèse de dépôts laitieux. Les formes de la folie des femmes en couches sont la manie, la mélancolie, la monomanie et, enfin, le délire aigu. Décrivant ce dernier, Hervieu trace un tableau complet de la septicémie puerpérale, mais il prend l'effet pour la cause. La folie des nourrices affecte les mêmes formes que les autres folies puerpérales ; l'anémie et l'épuisement jouent un grand rôle dans son apparition.

Troisième période.

La troisième période de l'histoire de la folie puerpérale est caractérisée par l'apparition de deux notions étiologiques nouvelles et à peu près méconnues jusque là : l'intoxication et l'infection. D'un autre côté, on étudie plus à fond le terrain sur lequel se développent les troubles mentaux et certains auteurs lui attribuent le rôle essentiel.

C'est vers 1885, et à l'étranger, que l'on commence à percevoir des liens entre l'infection et la folie puerpérale. Pourtant, dès 1861, en Allemagne, Westphall publie une observation de folie puerpérale avec infection. Pour Ripping (1877), l'hérédité est le facteur essentiel, mais il a observé dans quelques cas de l'infection et des troubles utérins. Griesinger (1871) admet des psychoses unique-

ment infectieuses. L'infection agit en versant du pus dans la circulation et en congestionnant le cerveau.

Furstner (1875) et Weber (1876) expriment la même opinion.

En 1888, Hansen publie quarante-neuf cas de psychoses puerpérales; dans quarante-deux cas, on relève des traces d'infection ; parmi les cinq autres cas, trois cas d'éclampsie, un cas de phtisie galopante et, dans le dernier, la femme avait subi de fortes émotions morales. Le rôle de ces dernières, s'il existe vraiment, dit Hansen, est bien secondaire.

Olshausen (1891) insiste sur l'origine éclamptique ou infectieuse. Pour lui, il y a trois groupes de folie puerpérale: 1° les psychoses infectieuses consécutives à une infection ; 2° les psychoses idiopathiques qui ne s'accompagnent ni de fièvre, ni d'affection organique. (Dans cette catégorie, rentrent la plupart des psychoses de la grossesse et de la lactation. On trouve fréquemment des hémorragies comme facteur étiologique.) 3° les psychoses toxiques ou post-éclamptiques.

Pour Leubuscher (1891), les causes principales des folies puerpérales sont l'endométrite, la phlébite et la dissolution des toxines dans le sang.

Adler, en 1897, admet que la fièvre et l'épuisement sont les causes réelles du délire, mais, chez les trois-quarts des malades, il y a une prédisposition acquise ou héréditaire.

Enfin, pour Hoche, les maladies infectieuses ne sont pas la cause efficiente des troubles psychiques, elles ne font que donner l'impulsion à la lésion cérébrale préexistante.

En Angleterre, Merriman, Gooch, James Reid, Mac Donald, rattachent étroitement le délire à l'éclampsie. Burns croit à la prépondérance de l'hérédité, mais admet des cas relevant d'une lésion utérine.

Campbell-Clark, en 1886 et 1887, écrit plusieurs articles sur l'étiologie, la pathologie et le traitement de la folie puerpérale. Pour lui, deux conditions sont nécessaires à la production de la folie ; la première, qu'il nomme centrale,

est constituée par la prédisposition, l'instabilité du système nerveux. Le second facteur est d'ordre périphérique : c'est un trouble quelconque, accidentel ou prolongé de l'organisme, qui agit sur le système nerveux et achève d'en troubler l'instabilité. Ce peut être, dans le cas de la folie puerpérale : l'anémie ou la toxémie, cette dernière due à la fois à des troubles dans les fonctions de sécrétion et à des résorptions septiques, à la septicémie. Clark insiste sur l'importance de l'albuminurie et de l'infection. Fraser est de son avis.

Savage décrit les diverses formes que peut emprunter la folie puerpérale : manie, mélancolie ou démence, et il insiste sur ce fait que les cas d'origine septique revêtent le plus souvent la forme du délire aigu ou de la manie aiguë. Il admet que « la dégénérescence mentale peut prédisposer aux influences septiques et les dégénérés sont plus exposés que les autres au délire » (1888).

Barnes émet la même opinion. Il donne une grande importance à l'hérédité, et, comme causes déterminantes, admet la septicémie en premier lieu, puis les émotions, les secousses morales, et, pour la folie des nourrices, l'épuisement.

En France, à partir de 1875, accoucheurs et psychiatres se rangent à deux opinions différentes : les uns sont les partisans de l'action prépondérante de l'infection et de l'auto-intoxication ; les autres, tout en admettant le rôle de ces deux ordres de facteurs, font de l'hérédité la cause essentielle de la folie puerpérale.

Doutrebente a toujours relevé l'hérédité dans les antécédents de ses malades et reconnaît « à l'hérédité vésanique un rôle prépondérant, presque absolu ».

Magnan, en 1877, est d'avis qu'on retrouve toujours chez les femmes atteintes de folie puerpérale la prédisposition vésanique. La prédisposition héréditaire joue un rôle prédominant. Les causes occasionnelles, beaucoup moins importantes, sont l'anémie (la grossesse, en effet, amène

une diminution des globules rouges et une augmentation des globules blancs et de la fibrine), les causes morales, et, pour la folie des nourrices, la débilitation. Pour Magnan, la forme la plus fréquemment observée dans les folies de la grossesse est le délire mélancolique avec des hallucinations. Le délire de la folie puerpérale ne se distingue en rien de la forme commune du délire maniaque, mélancolique ou partiel, contrairement au délire épileptique ou de la paralysie générale qui constituent des entités morbides bien nettes. Il ne s'en sépare que parce qu'il se produit dans des conditions spéciales, à savoir l'état puerpéral. Legrain, son élève, conclut de même.

Magnan inspire la thèse de Rijo Garcia (1879) où l'on retrouve ses idées. Ce dernier définit ainsi la folie puerpérale qui, pour lui, ne constitue pas une entité morbide : « délires partiels ou généraux, ces derniers les plus fréquents, qui accompagnent la puerpéralité et n'ayant d'autre caractéristique que les circonstances où la folie se développe ». Puis, étudiant son étiologie, il écrit : « la folie puerpérale reconnaît pour principale cause l'hérédité, l'état puerpéral n'agissant que comme condition déterminante ». En dehors de l'hérédité, il admet qu'elle peut se développer sous l'influence de causes débilitantes prolongées, soit d'ordre moral, soit d'ordre physique, ou être la conséquence d'un accident de la grossesse ou de l'accouchement (avortement, éclampsie, hémorragies). Quant à leur forme, la folie gravidique, la folie des nouvelles accouchées et des nourrices n'ont rien de spécial. La manie et la mélancolie ressemblent à la manie et à la mélancolie ordinaires. Toutefois, on peut observer des troubles hallucinatoires analogues à ceux de l'alcoolisme. Le pronostic emprunte un caractère de gravité aux conditions héréditaires. Enfin, le traitement, sauf dans des cas exceptionnels, doit être un traitement tonique.

Une autre élève de Magnan, M^{me} de Gorski, proteste contre la dénomination de folie puerpérale. Ce n'est pas

dans les modifications organiques de la grossesse qu'on peut trouver la clef de la maladie ; le cerveau malade ou faible est le point de moindre résistance ; la folie éclatera sous une influence morale ou physique quelconque, comme la tuberculose chez un sujet prédisposé par des antécédents pulmonaires. La cause fondamentale de la folie puerpérale est l'hérédité nerveuse ou mentale. Sur trente-cinq observations rapportées par M^{me} de Gorski, trente-trois malades ont des antécédents chargés. La plupart appartiennent au groupe des dégénérés, les autres sont des névropathes, et l'auteur conclut : « La folie puerpérale n'est donc pas une espèce pathologique, mais un aspect délirant de la dégénérescence mentale et de la névropathie ».

Dagonet, dans son « Traité des maladies mentales », admet d'abord l'hérédité.

Pour Victor Parant, qui donne une analyse des travaux de Campbell-Clark sur la question, la folie puerpérale « se développe sur le terrain de la puerpéralité et son nom est ainsi pleinement justifié. Mais elle ne survient que dans un organisme préparé, dans lequel se présente à la fois l'instabilité nerveuse, et surtout une transformation profonde, une altération constitutionnelle, une véritable dégénérescence. Elle n'est donc point une forme spéciale, une entité morbide. Elle doit prendre place dans le groupe assez nombreux et assez bien déterminé qu'on peut appeler groupe des folies par dégénérescence acquise ».

Brouardel (1888) étudie l'état mental de la femme sous l'influence des fonctions génitales, en particulier de la grossesse. Il décrit les impulsions au meurtre, au vol, etc... de la grossesse ; il n'y a pas là d'entité morbide constituée, mais une vésanie très variable dans ses manifestations. Il y a toujours des antécédents nerveux ou mentaux. On les rencontre de même chez les femmes atteintes de troubles psychiques pendant l'accouchement ou le post-partum. La forme clinique de la folie du post-partum est la manie, qui a les caractères des autres formes de manie : loquacité,

agitation psychique et motrice. Elle guérit vite et souvent.

Faure (de Lyon), dans sa thèse (1890), se montre partisan de l'action prépondérante de l'infection, sans nier l'importance du terrain. Au point de vue de l'étiologie, il classe les malades en deux groupes : 1° les malades qui deviennent aliénées à la suite des couches sans présenter de la fièvre ; 2° les malades chez lesquelles il y a des symptômes d'infection et, en particulier, de la fièvre. Chez celles de la première catégorie, on trouve presque toujours des antécédents. Il s'agit d'une vésanie banale sans rien de puerpéral ; l'accouchement a été une cause bien indirecte. Au contraire, chez les secondes, on ne trouve le plus souvent aucune prédisposition. Les symptômes psychiques observés dans le cas de fièvre puerpérale sont toujours les mêmes et appartiennent à toutes les pyrexies : c'est le délire aigu, dont l'évolution est parallèle à celle de la courbe thermique. A moins d'évoluer chez un sujet prédisposé, la fièvre puerpérale ne produit que des troubles mentaux de courte durée, mais elle crée une prédisposition individuelle qui deviendra héréditaire chez les descendants. Cependant, dans certains cas, le délire aigu évolue vers la démence à moins que la mort ne survienne du fait de l'infection. Le traitement qui atténue et fait disparaître celle-ci est le meilleur traitement des troubles mentaux.

Lallier, élève de Bar, étudie, en 1892, les rapports de la folie puerpérale avec l'éclampsie et avec les accidents infectieux des suites de couches. Il trouve cinq pour cent de psychoses éclamptiques sur la totalité des psychoses puerpérales. Pour lui, il n'y a aucun rapport entre la gravité de l'accès éclamptique et l'apparition du délire, et l'éclampsie qui est suivie de troubles mentaux n'offre aucun caractère spécial. Le délire apparaît immédiatement après les convulsions ou après le coma qui les a suivies ; il évolue vite et guérit dans la plupart des cas en quelques jours. Comme pour les psychoses post-éclamptiques, pour les troubles mentaux d'origine infectieuse, il n'y a aucune

relation entre la gravité de l'infection et leur apparition ou leur gravité. La folie suit l'infection dans soixante-dix pour cent des cas observés par l'auteur et elle n'est pas en rapport avec la fièvre qui accompagne l'infection, mais avec celle-ci elle-même. Les psychoses puerpérales consécutives à l'infection ou à l'éclampsie revêtent la forme de la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Quel est le rôle pathogénique de l'éclampsie et de l'infection dans la genèse de la folie puerpérale ? L'éclampsie est un symptôme d'auto-intoxication. L'infection agit par l'action des toxines et des poisons solubles microbiens sur le système nerveux. Enfin, la prédisposition héréditaire ou acquise rend le sujet plus vulnérable. Mais il ne faut pas lui donner trop d'importance, et on doit reconnaître la prépondérance énorme de l'infection et de l'éclampsie.

Avec Gilbert Ballet, apparaît une notion étiologique nouvelle : c'est celle de l'épuisement. Il écrit en 1892 : « Dans ces derniers temps, une autre opinion a cherché à se faire jour ; les psychoses puerpérales ne seraient pas simplement des psychoses vulgaires, celles des dégénérés ou des héréditaires survenant à l'occasion de situations et d'événements physiologiques spéciaux ; ce seraient des psychoses spéciales dues à des auto-intoxications ou à l'infection ». Il substitue la dénomination de psychoses, terme plus large, à celui de folie puerpérale, et distingue trois groupes parmi les troubles mentaux de la puerpéralité : dans un premier groupe, il range ceux qui sont déterminés par les toxémies et les infections ; dans un second, ceux qui se rattachent à la dégénérescence mentale, et, enfin, dans le troisième, il fait rentrer les causes multiples de débilitation particulièrement fréquentes pendant la lactation et secondées ou non par la prédisposition.

Toulouse, en 1893, donne le premier rang à la prédisposition, tout en reconnaissant le rôle très important de l'auto-intoxication et de l'infection. Il faut toujours, dit-il, rechercher les lésions somatiques. Au point de vue clinique,

il divise les psychoses puerpérales en psychoses de la grossesse, psychoses de l'accouchement, du post-partum et de la lactation. Les psychoses de la grossesse empruntent toutes les formes de la folie ; seules, celles qui sont en rapport avec l'éclampsie ont une physionomie spéciale qui est tout-à-fait celle des délires toxiques. Les troubles mentaux de l'accouchement ont une évolution bénigne et brève. Les psychoses du post-partum sont dues la plupart du temps à une infection d'origine utérine, quelquefois d'origine mammaire. Le tableau clinique est celui de la confusion mentale, telle qu'elle se présente dans les maladies fébriles ou dans le délirium tremens ; quelquefois, c'est la dépression avec affaiblissement intellectuel, cette dernière forme succédant parfois à l'autre. Le délire aigu, « qui n'est que la forme maniaque avec plus d'intensité », vient dans quelques cas compliquer l'évolution. Les psychoses de l'allaitement sont provoquées par l'épuisement et la suppression de la sécrétion lactée. Toulouse conclut ainsi : « S'il n'y a pas de folie puerpérale, il y a des psychoses en rapport avec certains processus de la puerpéralité. C'est donc que chacun d'eux agit d'une façon un peu personnelle et que la prédisposition n'est pas une force aveugle qui peut créer son délire, mais qu'elle est soumise, comme toutes les autres forces biologiques, à telle ou telle autre direction selon le facteur qui l'actionne ».

Idanoff, en 1893, publie cinquante-trois observations de psychoses puerpérales. Parmi les causes prédisposantes, il trouve l'hérédité dans 56 pour cent des cas cités. Les psychoses puerpérales, dit-il, existent en dehors de tout antécédent héréditaire. La primiparité s'observerait deux fois plus fréquemment que la multiparité. Les causes déterminantes sont : l'infection qu'il constate dans 66 pour cent des cas (endométrite septique, paramétrite, subinvolution utérine, infection d'origine mammaire), les causes morales observées dans vingt-neuf cas et, enfin, l'éclampsie dans deux cas, soit dans une proportion de 4 pour cent.

Evrot (Lyon, 1894) fait un essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité. Pour lui, « l'hérédité joue un rôle important, mais secondaire, et ne suffit pas à produire la folie du type puerpéral franc ». Au point de vue pathogénique, il distingue : la folie puerpérale infectieuse, la folie puerpérale auto-toxique, la folie puerpérale due à l'épuisement et à l'anémie, et, enfin, un délire par irritation réflexe. La folie puerpérale infectieuse est la plus fréquente. Il faut toujours soupçonner l'infection, non seulement chez les nouvelles accouchées, mais chez les femmes enceintes et les nourrices, et savoir qu'elle ne présente pas toujours un tableau bruyant, mais qu'elle est souvent atténuée et parfois même latente (fièvre puerpérale tardive de Doléris). Les troubles mentaux qui accompagnent l'infection puerpérale prennent la forme du délire hallucinatoire aigu pendant le stade fébrile, de la confusion mentale dans la période post-fébrile, quelquefois on a affaire à un accès de manie ou de mélancolie. La folie puerpérale auto-toxique ne s'accompagne pas de fièvre et revêt la forme de la confusion mentale. L'examen somatique révèle des troubles organiques, en particulier du côté des reins et du tube digestif. Les folies puerpérales dues à l'épuisement et à l'anémie sont caractérisées par de la dépression mélancolique ; parfois, on observe de l'excitation maniaque.

Enfin, dans les délires par irradiation réflexe, Evrot fait rentrer exclusivement la folie transitoire du travail et quelques rares cas de folie de la grossesse. Ils seraient dus à une sorte d'inhibition, d'arrêt du fonctionnement des cellules cérébrales sous l'influence de la douleur, de la fatigue, de l'énervement et, peut-être, de troubles circulatoires. Ils se traduisent, soit par de l'excitation maniaque, soit par de la stupeur ou de la confusion mentale, et cessent en même temps que la cause qui les a produits. Le traitement des psychoses puerpérales est celui de la cause déterminante : soigner l'infection, l'anémie, l'épuisement.

Joffroy reconnaît l'influence des infections et des auto-

intoxications dans la pathogénie des psychoses puerpérales, mais attribue un rôle prépondérant à l'hérédité et à la dégénérescence mentale acquise. Une femme non prédisposée pourra mourir d'une infection puerpérale, mais elle ne fera pas de délire puerpéral. Il apporte à l'appui de sa thèse une remarquable observation.

Senlecq, élève de Pinard, consacre en 1896 sa thèse à l'étude du délire post-éclamptique. Le délire post-éclamptique a la même pathogénie que les accès : ils sont dus à l'auto-intoxication qu'amène la grossesse dans l'organisme de la femme. L'hérédité joue dans l'éclosion des troubles mentaux un rôle indéniable. La forme observée est la confusion mentale hallucinatoire à divers degrés d'intensité, comme dans tous délires dus à des intoxications. La durée des accidents psychiques est courte et varie de quelques heures à environ un mois. Le pronostic est habituellement favorable, sauf dans certains cas où il y a prédisposition héréditaire.

Le traitement préventif est celui de l'accès d'éclampsie lui-même.

Fieux (de Bordeaux), en 1897, consacre une étude au délire post-éclamptique pendant la grossesse.

Jaisson, en 1897, trouve trois facteurs dans l'étiologie des psychoses puerpérales : l'hérédité, l'infection et l'intoxication, le traumatisme ; ce dernier étant constitué par l'accouchement. Les formes cliniques de la folie puerpérale seraient les suivantes : 1° la folie du début de la grossesse, qui relève uniquement de l'hérédité, l'auto-intoxication n'ayant pas eu le temps de se produire ; 2° la folie éclamptique qui se traduit par la confusion mentale hallucinatoire à évolution aiguë ; 3° les psychoses de l'infection puerpérale qui est de beaucoup la plus fréquente des psychoses puerpérales, puisqu'on la trouve dans cinquante à soixante pour cent des cas. « L'infection puerpérale, dit Jaisson, produit le plus souvent des états de démence soit confusion mentale, soit démence primitive. » Mais, en général, la démence

précoce n'est pas primitive. Elle fait suite à la confusion mentale, celle-ci étant la forme aiguë, celle-là la forme chronique. Moins souvent, on observe la manie, la mélancolie et leur combinaison, la folie circulaire, très rarement les délires des dégénérés. 1^{re} les psychoses des nourrices présentent tous les types cliniques ; la forme maniaque est la plus fréquente puis viennent la mélancolie et les délires des dégénérés essentiellement polymorphes. L'allaitement ne détermine pas la forme de la psychose ; celle-ci reste absolument subordonnée aux prédispositions individuelles. Le pronostic des psychoses puerpérales est relativement bénin, sauf pour les troubles mentaux de l'infection qui, souvent, passent à la chronicité.

Castin (1899) fait un excellent historique des psychoses puerpérales et étudie leurs rapports avec la dégénérescence mentale. Il s'occupe d'abord des troubles mentaux de la grossesse. Pour lui, l'hérédité morbide joue un rôle considérable dans leur genèse. Les facteurs qui la mettent en relief sont : d'abord les causes occasionnelles d'ordre moral, telles que les émotions, les chagrins ; les causes occasionnelles d'ordre physiologique, telles que la répétition des grossesses, l'âge avancé des parturientes, la chloroformisation, et, enfin, les causes d'ordre pathologique : hémorragie, misère et, surtout, l'auto-intoxication due à la fois à l'augmentation des toxines dans l'organisme de la femme enceinte et à la diminution de son pouvoir excréteur. L'intoxication gravidique provoque des manifestations nerveuses légères chez les femmes non tarées. La symptomatologie des psychoses puerpérales est caractérisée par la multiplicité des formes qu'elles revêtent. Or, dans tous les délires uniquement d'origine toxique, on retrouve des caractères communs, caractéristiques, toujours les mêmes, que l'intoxication provienne de l'alcool, de la morphine, des solanées ou des poisons minéraux ; ce sont en première ligne les hallucinations et, plus particulièrement, les hallucinations de la vue, multiples, mobiles et terrifiantes. Si on

ne les retrouve pas toujours dans les psychoses de la grossesse, c'est que l'intoxication n'est que la cause occasionnelle principale et que la cause efficiente vraie est la dégénérescence mentale acquise ou héréditaire.

Les psychoses de l'accouchement comprennent celles qui surviennent dans une période de six semaines après l'accouchement. Dans certains cas, l'hérédité est manifeste et révélée, comme dans les psychoses de la grossesse, par des causes occasionnelles très diverses, telles que l'alcoolisme, un choc émotionnel, une affection organique, etc... Dans ce cadre rentrent les délires du travail, mais les psychoses qui accompagnent la fièvre puerpérale ne paraissent en rien différer des délires fébriles ordinaires, et leur étude n'en saurait être séparée. Peut-être vaudrait-il mieux les appeler des délires puerpéraux que des psychoses puerpérales. Le rôle de l'infection est évident, le cerveau est touché comme tous les autres organes. Mais si l'infection est légère, les signes somatiques peu prononcés, il faut admettre des tares dégénératrices profondes. Les psychoses de la lactation, moitié moins fréquentes, apparaissent à deux périodes distinctes : pendant les six ou sept premiers mois ou beaucoup plus tard, après dix, quinze, vingt mois d'allaitement ou peu après le sevrage. Dans ces cas, on relève toujours une hérédité morbide ; une occasion banale, passée même quelquefois inaperçue, crée le délire. Cette occasion sera quelquefois l'infection d'origine mammaire, plus souvent l'épuisement et l'anémie.

En 1899, Régis (de Bordeaux) consacre plusieurs articles aux psychoses d'auto-intoxication et d'infection. Il établit, d'une manière définitive : que les délires toxi-infectieux ou auto-toxiques sont analogues aux délires exo-toxiques, dont le délire alcoolique est le type ; que la forme clinique est la confusion mentale sous une quelconque de ses variétés ; que le délire toxi-infectieux est, comme le délire alcoolique, un délire de rêve ou onirique. Il fait de la confusion mentale la forme clinique presque exclusive des psychoses

puerpérales à l'étude desquelles il consacre un long chapitre dans son Précis de Psychiâtrie. Pour lui, il y a toujours à leur origine l'infection ou l'intoxication. Les causes prédisposantes sont l'hérédité similaire ou dissemblable, les accès antérieurs, et, enfin, toutes les causes qui sont susceptibles de diminuer la résistance de l'organisme et du système nerveux : excès, émotions violentes, chagrins, affections cardiaques, maladies infectieuses, épuisement, hémorragies, etc... Les psychoses de la grossesse surviennent aux moments de la gestation, qui correspondent au maximum des troubles nutritifs : premier mois, deux derniers mois, mais surtout du quatrième au sixième. Elles sont caractérisées par le désordre et la confusion des idées, l'agitation, l'érotisme, l'obscénité, des hallucinations terrifiantes, un délire systématisé ou incohérent, des actes extravagants, des impulsions. La durée et la terminaison sont variables ; elles guérissent soit avant, soit au moment de l'accouchement en général. Les psychoses consécutives à l'accouchement, ou psychoses puerpérales proprement dites, sont dues à l'infection d'origine utérine ou extra-utérine. Elles apparaissent soit immédiatement après l'accouchement, soit, ce qui est plus fréquent, dans la première et la deuxième semaine qui suivent. Le plus souvent, le trouble mental survient brusquement, après quelques prodromes tels que de la fièvre, de la constipation, de l'énervement, des rêvasseries et surtout de la céphalée, qui fait rarement défaut dans les psychoses d'intoxication. Le type clinique est toujours, croit pouvoir dire Régis, la confusion mentale. Son intensité est variable : on peut observer seulement de la confusion mentale simple, asthénique, sans délire, limitée à l'obsession, à la désorientation, à l'incoordination psychique, ou le délire aigu, avec méningisme ou méningite, rapidement mortel; enfin une variété intermédiaire est constituée par le délire onirique, le délire hallucinatoire aigu, la stupeur. Les symptômes généraux coexistants sont graves : le faciès est altéré, terreux, les yeux

brillants, les lèvres et la langue sèches souvent fuligineuses, la peau sèche et couverte de sueur, le pouls petit et rapide, la température élevée. Souvent, mais non toujours, il y a des symptômes locaux : fétidité des lochies, inflammation ou suppuration des organes génitaux, ou bien abcès du sein, ou parotidite, otite moyenne, enfin, une localisation infectieuse quelconque, en particulier la polynévrite. L'examen des urines révèle une néphrite plus ou moins grave. La psychose puerpérale vraie guérit dans soixante-quinze à quatre-vingt pour cent des cas. Les cas qui ne guérissent pas peuvent être rangés dans trois catégories : 1° les cas de délire aigu terminés par la mort ; 2° les cas mixtes ou toxi-vésaniques, qui, après une confusion mentale plus ou moins longue, se continuent par une sorte de folie chronique mal systématisée ; 3° les cas qui aboutissent à la démence précoce. La guérison est tantôt rapide, tantôt progressive, avec des reculs.

Les psychoses de la lactation ont la même étiologie que les autres psychoses puerpérales : elles sont dues à une intoxication, mais tandis que pour les autres la source de l'empoisonnement est une infection ou une auto-intoxication aiguë, pour elles, c'est la dénutrition progressive de l'organisme, l'inanition qui « fait fléchir la résistance en accumulant les poisons organiques, en diminuant la résistance à ces poisons » (Charrin et Vitry). Ce sont donc « des psychoses d'épuisement » (Régis). Les psychoses de la lactation sont des psychoses tardives, appartenant de préférence à la fin de la lactation, aux lactations prolongées au-delà du temps habituel (dix-huit mois, deux ans), aux accouchements et allaitements répétés. Elles se présentent parfois sous une forme aiguë et ont alors l'aspect de la manie aiguë à base confuse, mais le plus souvent c'est la confusion mentale simple asthénique avec un délire onirique passager, ou un état de dépression mélancolique avec plus ou moins d'anxiété. Les psychoses de la lactation sont plus longues et guérissent moins souvent que les autres

psychoses puerpérales. Elles tournent parfois à la vésanie, surtout lorsqu'il existe de la prédisposition héréditaire, et peuvent facilement se compliquer d'une maladie intercurrente.

Régis consacre un article spécial aux psychoses post-éclamptiques qui sont caractérisées par de l'obtusion mentale plus ou moins profonde, mais, quelquefois, les troubles vont jusqu'au délire toxi-infectieux. Le délire et l'éclampsie sont « les deux manifestations d'un même facteur, l'auto-intoxication, manifestations souvent réunies et coexistantes mais susceptibles de se montrer isolément ». Le pronostic est bon quand il n'y a pas de tares héréditaires.

Roubinovitch, dans le *Traité des maladies mentales* publié sous la direction de Gilbert Ballet, étudie au chapitre des délires des septicémies celui de la septicémie puerpérale. Il est dû au streptocoque et à sa toxine, mais la prédisposition fait rarement défaut. En 1899, le même auteur publie l'observation d'une femme atteinte, au cours de la lactation, d'un abcès du sein avec confusion mentale. Les troubles psychiques intimement liés à cette infection débütèrent par de l'insomnie, puis il y eut un délire avec hallucinations visuelles. Affection cardiaque évoluant parallèlement. Dans les antécédents, à dix-sept ans, troubles psychiques caractérisés par de l'excitation maniaque suivie d'une phase dépressive.

Zalackas (1900) publie l'observation d'une femme qui, à la suite de surmenage, a fait une fausse-couche de trois mois. Des hémorragies intenses s'ensuivirent, l'état général périclita et des troubles psychiques apparurent : impressionnabilité, caractère très irritable, mélancolie, affaiblissement de la mémoire. Le premier soin fut d'arrêter les hémorragies. Drainage après une irrigation au phénosalyl, mèche de gaze avec glycérine iodoformée dans l'utérus. Au quatrième pansement, les hémorragies s'arrêtèrent ; persistance des troubles psychiques. On continue le drainage. Au bout de douze jours, la malade est guérie. Cer-

tains cas de psychoses puerpérales et post-opératoires guérissent après intervention gynécologique ou chirurgicale.

Bretonville, en 1900, en réunissant diverses statistiques, arrive à donner les indications suivantes sur la fréquence relative des psychoses puerpérales suivant le moment de la puerpéralité où elles apparaissent : grossesse : 3 % des cas ; suites de couches : 6,8 % ; lactation : 4,6 %. Les causes qui priment toutes les autres sont l'infection et l'éclampsie. Ensuite, viennent les émotions violentes et les chagrins, le choc traumatique, certaines affections nerveuses réveillées par la parturition (hystérie, épilepsie), l'ostéomalacie, les intoxications accidentelles ou professionnelles. Le plus souvent, dans le passé personnel ou atavique de ces malades, on trouve des tares nerveuses diverses. Les formes des psychoses puerpérales sont variées. Bretonville les classe en deux groupes : dans le premier, il fait entrer les cas légers caractérisés par de l'agitation et de la dépression nerveuse ; dans le second, les cas graves, caractérisés tantôt par de la manie, tantôt par de la mélancolie, tantôt par de la confusion mentale hallucinatoire. Le pronostic pris en bloc est sombre : la moitié des femmes meurt ou est incurable. Les psychoses liées à l'éclampsie et à l'infection sont les plus graves du fait de l'atteinte de l'état général.

Baracoff (1902) étudie le rôle des troubles de la nutrition dans la pathogénie de la folie puerpérale. Pour l'auteur, la folie puerpérale n'est pas une entité morbide toujours identique à elle-même, la puerpéralité ne produit pas de folie caractérisée et différente des autres folies, mais elle peut provoquer ou réveiller les troubles mentaux, et il ne faut pas voir dans leur éclosion une simple coïncidence. Il conserve la dénomination de folie puerpérale, non au point de vue symptomatologique, mais pathogénique. Baracoff, étudiant l'étiologie des psychoses puerpérales, admet le rôle de l'hérédité et de la prédisposition acquise : alcoolisme, surmenage, mauvaises conditions spéciales, etc... Mais l'intoxication et l'infection jouent le principal rôle : l'auto-

intoxication de la grossesse est décrite en détail ; cette auto-intoxication, résultat des troubles de la nutrition, est amenée à son plus haut degré par le travail (phénomènes de stase sanguine, fatigue du système nerveux surmené par la contraction musculaire à laquelle il préside et inhibé par l'action des déchets qu'elle produit). L'infection est une cause de délire. Ce dernier est lié à l'infection elle-même et non à la fièvre, car on observe des infections sans fièvre et avec délire. Les émotions sont quelquefois la cause de l'apparition des troubles mentaux par les troubles de la nutrition qu'elles provoquent et les désordres de la circulation qui les accompagnent. Les hémorragies agissent en causant l'anémie du cerveau.

Lauly (Bordeaux, 1903), élève de Régis, publie dix cas de psychoses post-puerpérales observées à l'hôpital Saint-André. Pour lui, les véritables causes de la maladie sont les troubles de nutrition de l'organisme produits par un état d'infection, d'auto-intoxication ou d'épuisement. Les autres causes occasionnelles sont très peu nettes ou inexistantes. Parmi les causes prédisposantes, la multiparité semble jouer un rôle. Mais, sur dix malades, huit n'ont aucun antécédent héréditaire nerveux ou mental et, dans leurs antécédents personnels, on relève très peu de chose : chez quatre seulement, quelques particularités dont la principale est la médiocrité de la santé générale avec anémie de la puberté dans un cas. La date de l'apparition des troubles mentaux est très variable : dans quatre cas, ils se produisent au cours de la première semaine ; dans deux cas, un mois après l'accouchement, deux fois trois mois, une fois neuf mois, une fois dix-huit mois après. Chez les dix malades, on observa de la confusion mentale, avec délire onirique, confusion mentale aiguë avec délire onirique intense, réaction fébrile et complications dans les cas de psychoses apparues quelques jours après l'accouchement, confusion mentale asthénique sans délire onirique bien marqué dans les cas de psychoses de la lactation. Lauly insiste sur les

relations des troubles mentaux avec les troubles urinaires : il y a « parallélisme très net entre le trouble mental et la quantité d'urine excrétée ». Le maximum de la psychose coïncide avec la diminution la plus notable du taux urinaire ; l'amélioration, avec un relèvement du taux urinaire qui atteint parfois les proportions d'une vraie polyurie et d'une débâcle. Les modifications de la qualité des urines sont moins importantes ; toutefois, on note de l'albuminurie. Le pronostic des psychoses puerpérales est bon : huit malades sur dix guérissent au bout de quinze jours à quatre mois. L'une, qui était une dégénérée, aboutit à la démence ; enfin, la dernière, qui n'avait aucun antécédent psychique, reste atteinte d'un délire systématisé chronique de persécution.

Lucien Picqué, en 1904, 1905 et 1911, consacre plusieurs articles à l'étude des psychoses puerpérales, en particulier des psychoses du post-partum. Il trace une démarcation absolue entre les psychoses de la grossesse et celles des suites de couches. Parmi les premières, seule la folie éclamptique semble reconnaître une cause infectieuse. Parmi les secondes, il faut distinguer deux formes : les psychoses fébriles et les psychoses apyrétiques. Les psychoses fébriles sont dues à deux causes : les unes ne se rattachent à la puerpéralité qu'en raison de leur moment d'apparition et accompagnent une maladie concomitante (typhoïde, tuberculose par exemple) ; les autres sont celles qui accompagnent le syndrome plus ou moins atténué de la septicémie puerpérale. Mais dès lors, elles doivent entrer, non dans le cadre de la folie, mais dans celui de la septicémie puerpérale à forme délirante. Les femmes qui présentent ces deux formes de délire ne sont pas des aliénées. Les psychoses apyrétiques ont le plus souvent à leur base un foyer infectieux toujours insidieux et dont la suppression, soit par des moyens médicaux, soit par des opérations, entraîne la guérison. Pour la production d'une psychose puerpérale, deux éléments sont nécessaires : d'une part, la

prédisposition délirante, et, d'autre part, la cause occasionnelle infectieuse. Toutes les femmes atteintes de folie puerpérale ne délirent pas et, d'un autre côté, chez certaines malades, l'infection seule, en produisant des lésions cellulaires cérébrales parfois temporaires, suffit pour entraîner le délire. Les formes cliniques du délire sont les suivantes : dans les psychoses apyrétiques, la mélancolie domine, seule ou associée à la confusion mentale avec délire onirique. Dans les formes fébriles, on rencontre surtout la confusion mentale hallucinatoire ; mais, parfois, l'accès maniaque sans hallucinations peut exister chez ces malades.

Privat de Fortunié reprend l'étude des délires du post-partum. Pour lui, comme pour Picqué, il y a deux formes de psychoses post puerpérales : les unes sont liées à une infection évidente, à la septicémie, les autres non liées à la septicémie. Comment agit l'infection pour occasionner le délire ? Probablement par l'action des toxines microbiennes sur les centres nerveux, et par l'action des microbes eux-mêmes qui peuvent amener des lésions histologiques des différents organes, notamment des altérations des petits vaisseaux de l'encéphale et des lésions inflammatoires des méninges. Toutes les femmes atteintes de septicémie puerpérale ne délirent pas. La prédisposition est nécessaire. Mais de deux facteurs, dégénérescence et infection, le dernier seul joue le rôle d'une cause déterminante. Le délire qui accompagne la septicémie puerpérale ressemble aux différents délires des septicémies : c'est, le plus souvent, la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Le début est brusque en général, sans prodromes ; il y a des hallucinations de la vue, visions terrifiantes d'incendie, de bataille, d'enfer, etc... Quelquefois, en même temps, il y a des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la sensibilité. En même temps, il se produit un affaiblissement intellectuel qui annonce la confusion : les malades sont plongés dans un monde crépusculaire où se meuvent les fantômes de leur imagination. Les idées et les actes sont incohérents. Les hallucinations suscitent un

délire qui se rapproche du rêve; il l'est tout entier bâti sur les hallucinations, ne fait que les expliquer et les compléter. Cette phase d'agitation peut faire place à une phase de stupeur ressemblant à celle de la fièvre typhoïde. L'évolution se fait soit vers la guérison, soit vers la mort, qui est la conséquence de la septicémie. Le traitement de celle-ci et des foyers infectieux peut amener la guérison des troubles mentaux. Parfois, ceux-ci persistent après la guérison des symptômes physiques.

La folie puerpérale non liée à une septicémie, ou folie puerpérale proprement dite, se présente sous deux formes: la forme maniaque et la forme mélancolique, la première s'accompagnant souvent, la seconde toujours, de confusion mentale. On peut considérer : 1° les formes avec confusion mentale typique ; 2° les formes avec confusion symptomatique secondaire ; 3° les formes sans confusion, manie et mélancolie simples. Le pronostic est bénin quant à la vie, et le passage à la chronicité est rare. Chez ces malades, il faut toujours faire un examen somatique, et en particulier des organes génitaux. Très souvent, on trouvera un foyer d'infection insidieux dont la suppression entraînera la guérison.

Roger Dupouy (1904) pense que pour produire une psychose puerpérale, deux ordres de facteurs sont nécessaires: d'un côté, le terrain; de l'autre, l'infection et l'intoxication. Le terrain est constitué par la prédisposition, que cette dernière soit héréditaire, ou individuelle, acquise directement par le sujet, tantôt ouvertement (fièvre typhoïde grave par exemple), tantôt subrepticement. La dégénérescence seule n'a pas le pouvoir d'engendrer la folie. « De même que les débiles du thorax ne sont pas tous frappés de tuberculose, de même que les dégénérés hépatiques ne présentent pas tous de l'ictère, de même les débiles et les dégénérés de l'intelligence ne sont pas tous voués à la folie. » Les psychoses puerpérales sont déterminées par trois ordres de facteurs : l'épuisement, l'auto-intoxication, l'infection.

L'épuisement est dû à l'anémie qui, ainsi que l'a démontré Pinard, devient de plus en plus intense à mesure que la grossesse évolue, aux hémorragies de la délivrance, à l'allaitement, aux maladies infectieuses intercurrentes ou préexistantes (telles la tuberculose et la syphilis), aux intoxications, aux mauvaises conditions sociales, à la misère, à la dénutrition, aux émotions pénibles ou prolongées. Il agit en favorisant et créant l'auto-intoxication, et les psychoses qu'il produit offrent le tableau des psychoses par auto-intoxication. Roger Dupouy consacre la plus grande partie de son travail à l'étude de ce dernier facteur : l'auto-intoxication gravidique est due à l'inertie ou au surmenage des divers organes et à des troubles du fonctionnement des glandes à sécrétion interne, thyroïde, surrénales, et en particulier ovaires, qui présentent une hypertrophie accusée surtout sur celui qui porte le corps jaune de la grossesse. Enfin, l'œuf lui-même déverserait dans la circulation maternelle des produits toxiques (villo-toxine d'Abderhalden). L'auto-intoxication gravidique a des manifestations légères et dont peu de femmes sont indemnes (nausées, vomissements, troubles du caractère, etc...) ; des manifestations plus importantes, telles que les vomissements graves, le ptyalisme, la gingivite, les œdèmes, et, enfin, elle provoque des accidents graves : éclampsie, vomissements incoercibles, anémie pernicieuse, et, si le terrain est favorable, une psychose dont le tableau est la confusion avec onirisme hallucinatoire. Enfin, les psychoses par infection peuvent se rapprocher, par leur pathogénie, des psychoses par intoxication dont elles offrent à peu près les symptômes.

Dans un article paru beaucoup plus tard, en 1920, Roger Dupouy élimine du cadre des psychoses puerpérales toutes celles qui ne sont pas liées directement à l'une des trois phases de gestation, de parturition et d'allaitement. non seulement au point de vue étiologique, mais encore et surtout au point de vue pathogénique. Une femme enceinte ou

accouchée peut faire un accès de manie ou de mélancolie sans qu'il y ait véritablement relation de cause à effet entre la puerpéralité et la psychose observée. D'autre part, il faut se méfier des coïncidences : une paralytique générale, une démence précoce, une malade atteinte de délire systématisé, etc... peuvent devenir enceintes et voir leur trouble s'aggraver du fait de la grossesse sans que celle-ci soit pour rien dans leur genèse. Les petits troubles nerveux et psychopatiques des femmes enceintes (céphalée, asthénie, aboulie, vide cérébral, somnolence diurne et insomnie nocturne, hyperémotivité, inquiétude vague, dépression légère) constituent l'ébauche du syndrome confusionnel lui-même. L'auteur décrit la confusion mentale de l'éclampsie, qui est très comparable à celle de l'urémie convulsive et de l'épilepsie : agitation brutale, cris furieux, violence, puis sidération comateuse et mort, ou persistance d'un état crépusculaire après la crise et d'une amnésie lacunaire si la guérison survient. La confusion mentale de la chorée gravidique est caractérisée par des accès d'agitation aiguë ou suraiguë pseudo-maniaque avec hallucinations multiples de type presque exclusivement visuel et terrifiantes.

Carrier (Lyon, 1905) cite une observation de psychose puerpérale dont la cause prédisposante certaine est l'épuisement, la malade n'ayant aucun antécédent héréditaire nerveux ou mental, aucun antécédent personnel, ne présentant pas et n'ayant jamais présenté aucune lésion organique susceptible d'avoir influencé le développement de son délire actuel. L'épuisement crée la toxémie et une psychose d'auto-intoxication avec confusion mentale. Pour l'auteur, grande valeur de cette cause qui lui semble suffisante pour réaliser des troubles mentaux chez des femmes exemptes de toute prédisposition.

Chambrelent (1907) divise les psychoses puerpérales en trois groupes : 1° les psychoses qui apparaissent au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation en dehors de toute intoxication gravidique et de toute infection apparente ; 2° les psychoses des éclamptiques ; 3° les

psychoses dues à l'infection puerpérale. Les premières n'apparaissent que chez des dégénérées, et la puerpéralité n'agit que comme cause occasionnelle, par les fatigues, les craintes, les douleurs et les soucis qu'elle entraîne, les mauvaises conditions sociales où se trouvent les malades. Le début est progressif : les troubles mentaux de la grossesse s'exagèrent : on observe des impulsions, des obsessions, de la tristesse, des phobies ; un degré de plus, et c'est la manie ou la mélancolie. Le pronostic n'est pas très bon : il y a souvent des récidives, ou les troubles mentaux deviennent définitifs. Les psychoses des éclamptiques se produisent dans six pour cent des cas d'éclampsie et affectent la forme de la manie, de la confusion mentale hallucinatoire, plus rarement de la mélancolie. Les psychoses chez les infectées sont les plus fréquentes des psychoses puerpérales. Elles se traduisent à peu près comme les psychoses éclamptiques par la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Le pronostic est grave, car elles indiquent une forme nerveuse caractéristique d'une infection intense.

Bar range les psychoses puerpérales en trois classes : la folie post-éclamptique, la folie des infectées et les folies post-infectieuses qui sont médiatees ou tardives, représentant tantôt une suite éloignée de l'infection, tantôt une réaction tardive du choc qu'a occasionné l'accouchement.

En 1908, le même auteur consacre un article à la symptomatologie de la folie des nourrices. La forme la plus fréquente est la mélancolie, puis vient la manie. Quand on a affaire à un accès de manie, le début est brusque, s'annonce par de l'agitation, de la volubilité de paroles, de la céphalée, de l'insomnie. Puis, le délire atteint son apogée avec des manifestations violentes : hallucinations, impulsions, confusion mentale hallucinatoire. La mélancolie débute lentement et se développe progressivement : idées fixes, suicide, infanticide. Quelquefois, on observe la forme alternante. La folie des nourrices évolue soit vers la guérison, qui est rapide ou très lente, soit vers la démence

précoce. Le pronostic est relativement bon pour la manie, beaucoup plus sombre pour la mélancolie. Il n'est pas prouvé que la réapparition des règles et le sevrage aient une action favorable.

Anglade (de Bordeaux), dans le traité de pathologie mentale publié sous la direction de G. Ballet, écrit que, dans les cas de confusion mentale, la prédisposition héréditaire ou acquise fait rarement défaut ; mais les causes occasionnelles sont toujours importantes : ce sont les émotions violentes, les traumatismes, les opérations chirurgicales, mais, surtout, les auto-intoxications et les infections.

En 1908, Anglade et Jacquin publient une observation de confusion mentale à type de paralysie générale chez une puerpérale.

En 1910, Anglade et Lafage écrivent : « Les psychoses qui surviennent au cours de la puerpéralité ne peuvent être toutes appelées psychoses puerpérales ». Il y a, disent-ils, trois ordres de faits : 1° ceux dans lesquels la constitution joue le rôle prépondérant, la puerpéralité un rôle tout-à-fait accidentel ; 2° ceux dans lesquels il y a confusion mentale aiguë, manifestement associée à un état toxique ou infectieux ; 3° les cas où le diagnostic est beaucoup plus difficile et où on ne sait où finit la folie puerpérale ni où commence la folie constitutionnelle, la confusion ayant souvent un aspect maniaque, et la folie périodique souvent s'entourant d'un nuage confusionnel et se compliquant de troubles éliminatoires, d'insuffisances glandulaires, de symptômes à teinte toxique. A l'appui de leur thèse, ces auteurs publient une observation remarquable.

Devillard (de Lyon) étudie la valeur pronostique du délire dans l'infection puerpérale. Pour lui, le délire, comme tous les symptômes nerveux, se présente de préférence chez les prédisposées. Il est dû, au cours des maladies aiguës, à l'action des poisons infectieux, microbes ou toxines. Au point de vue clinique, il est calme ou avec agitation. L'auteur décrit le délire dans la pneumonie, la fièvre

typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme sévère. Dans tous les cas, son apparition ne doit pas faire porter un pronostic sévère. C'est le contraire dans l'infection puerpérale. Chez les malades atteintes de délire puerpéral, souvent on ne trouve pas trace de prédisposition. Le choc agit comme cause prédisposante. Le délire indique, non seulement une intoxication profonde de l'organisme, mais signifie encore l'infection à évolution rapide. Il n'existe guère que dans les formes septicémiques, à l'exclusion des formes péritonitiques et pyohémiques.

Pour Chevalier-Lavaure et Voivenel, qui publient en 1910 quelques observations de psychoses puerpérales, le rôle joué par la grossesse dans l'apparition des troubles mentaux est le suivant : 1° elle peut simplement modifier l'équilibre de l'organisme sans léser les appareils, et on a alors surtout des troubles du caractère : instabilité de l'humeur, phobies, manies passagères, etc. ; 2° elle peut léser les glandes à sécrétion interne et externe et créer des insuffisances, c'est-à-dire des intoxications passagères ; on observe dans ces cas des états confusionnels ou des états mélancoliques qui peuvent guérir en même temps que disparaît leur cause ; 3° enfin, la grossesse et l'accouchement surtout sont des facteurs d'infection et, là, on trouve la confusion mentale hallucinatoire ou le délire aigu souvent terminés par la mort. La prédisposition joue un rôle important, non seulement dans l'étiologie, mais dans le pronostic des psychoses puerpérales, qu'elle assombrit considérablement. Enfin, les auteurs se demandent si l'intervention chirurgicale supprimant un foyer infectieux peut aboutir, dans certains cas, à une amélioration des symptômes mentaux. Ils considèrent que, dans les cas les plus favorables, il est bon de ne considérer l'intervention que comme devant favoriser la psychotérapie.

Lequeue, en 1910, voit dans l'étiologie des troubles psychiques de la femme enceinte, d'un côté le terrain, constitué par les tares nerveuses, les hétéro-intoxications, les

maladies viscérales, l'ostéomalacie, d'un autre côté les causes déterminantes : intoxications, choc traumatique, et surtout infection, soit d'origine utérine ou mammaire, soit d'origine étrangère. Enfin, il y a un groupe d'accidents nerveux dont on ne discerne pas les facteurs, qu'on ne sait encore dans quelle catégorie ranger et qu'on appelle idiopathiques. L'aspect clinique est différent suivant qu'on a affaire à des troubles psychiques sans folie confirmée qui se traduisent par de la dépression, des impulsions, du mysticisme, etc..., ou à des troubles psychiques graves : on a alors la manie, la confusion mentale hallucinatoire, la mélancolie.

Huot, élève de Régis, proteste, en 1910, contre le sens trop large donné à la dénomination de psychose puerpérale. Pour lui, seuls devraient entrer dans ce cadre les cas où il y a intoxication indéniable accusée par des crises d'éclampsie par exemple, infection locale ou généralisée évidente consécutive à l'accouchement, un état d'épuisement et de dénutrition marquée chez une femme en lactation, ces facteurs agissant « sur des sujets exempts de toute hérédité vésanique et indemnes de toute tare dégénérative ». Les troubles mentaux survenant au cours de la puerpéralité peuvent être rangés en trois groupes : 1° les psychoses puerpérales vraies; 2° les accès vésaniques dans la puerpéralité; enfin, 3° les cas mixtes où il y a association de la psychose accidentelle et de la folie constitutionnelle. Le premier groupe comprend les troubles psychiques de la grossesse dus à l'auto-intoxication, ceux du post-partum et ceux de la lactation. L'accouchement intervient de deux façons : il agit dans certains cas comme agirait tout acte opératoire, par le choc, qui, dit Régis, exerce une action inhibitrice sur les organes d'élimination et crée à lui seul un état d'auto-intoxication justifiant l'apparition des troubles délirants ; le plus souvent il agit par l'infection qu'il provoque, qu'elle soit bruyante ou insidieuse. Les psychoses de la lactation trouvent leur origine dans l'épuisement et

l'auto-intoxication. La forme habituelle des psychoses puerpérales vraies est la confusion mentale dans ses diverses variétés. Les accès de psychoses vésaniques sont fréquents au cours de la puerpéralité : la constitution vésanique saisit la première occasion qui met la malade en état de réceptivité, et les divers épisodes de la vie génitale de la femme constituent fréquemment ces occasions. Quelquefois même, une crise de manie ou de mélancolie éclatera au cours de la puerpéralité sous l'influence d'une émotion vive, d'une frayeur ou d'un chagrin. Le rôle de la grossesse est encore là plus minime. On retrouve les formes habituelles des psychoses vésaniques : manie ou mélancolie ou délire systématisé progressif. Le pronostic est celui des vésanies et n'est influencé en rien par la puerpéralité. Enfin, une prédisposée peut aussi bien qu'une autre femme être infectée ou intoxiquée, et la forme clinique de la psychose participera à la fois de la forme vésanique et du syndrome confusionnel, rendant le diagnostic ardu et parfois même impossible. Le pronostic dépend de la part de confusion mentale entrant dans l'association réalisée par l'état mixte. Plus l'élément confusionnel est accusé, plus le pronostic se rapproche de celui de la psychose accidentelle pure, type essentiellement curable. Par le traitement de l'infection ou de l'intoxication, on peut espérer voir disparaître à la fois les symptômes confusionnels et les symptômes de folie constitutionnelle, mais, parfois aussi, l'élément confusionnel seul est modifié et la folie constitutionnelle continue à évoluer pour son propre compte, avec ses deux grandes menaces : passage à la chronicité, aboutissement à la démence.

Spire (Nancy, 1911) rapporte une observation typique de psychose puerpérale due à l'auto-intoxication agissant sur un terrain prédisposé. Le terrain, d'après Spire, est un facteur important, mais, à la base de toute psychose puerpérale, il y a une cause occasionnelle qui est constituée par l'infection, l'auto-intoxication ou le choc. A l'ancienne

division en psychoses de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et de la lactation, l'auteur propose une division étiologique : 1° les troubles par auto-intoxication dont les plus nets et les plus indiscutables sont ceux de l'éclampsie ; 2° les troubles dus au choc traumatique de l'accouchement (folie du travail) ; 3° les troubles par infection (septicémie ou infection locale plus ou moins atténuée) ; 4° ces facteurs ne sont pas applicables à toute folie de la puerpéralité ; il y a un groupe de psychoses en dehors de tout élément toxique ou infectieux : la puerpéralité peut créer de toutes pièces une neurasthénie passagère, même sans disposition native spéciale, et qui n'est pas très bien délimitée au milieu des autres folies. Les types cliniques des psychoses puerpérales ne sont pas en rapport avec les types étiologiques. Elles ont des aspects divers suivant l'intensité des processus infectieux ou toxiques, suivant que l'évolution est aiguë ou chronique, suivant les qualités physiques et morales du terrain. Tantôt, on voit des formes légères, telles que des impulsions, des obsessions, des idées délirantes mystiques ou érotiques, de l'excitation ou des idées mélancoliques, tantôt on est en présence de la folie confirmée sous l'un de ces trois aspects : manie aiguë, qui évolue soit vers la mort, soit vers la démence ; confusion mentale hallucinatoire, qui guérit ou amène à la démence définitive ; la mélancolie, qui pousse souvent les malades à l'infanticide et au suicide. Le traitement devra s'attaquer à l'auto-intoxication et à l'infection. Spire envisage la question de la thérapeutique des troubles mentaux de la grossesse par l'avortement provoqué et conclut qu'elle donne des résultats trop douteux pour la tenter.

André Boutet (1911) consacre sa thèse à l'étude clinique des troubles mentaux d'origine puerpérale. Il les classe en trois catégories : les cas aigus, les cas chroniques, les cas douteux. « Il existe presque une psychose par malade. » Dans les cas aigus, il range les psychoses toxi-infectieuses

ou d'épuisement survenant chez des malades qui peuvent n'être pas prédisposées. Les cas chroniques sont l'apanage des prédisposées. Enfin, il y a peut-être des psychoses de cause infectieuse qui ont débuté par des phénomènes aigus et sont devenues plus tard chroniques chez des malades exemptes de tares, et qui constituent ce que Régis appelle des confusions mentales chroniques. Le pronostic est bien meilleur dans les formes aiguës, cependant il faut toujours le réserver.

En 1913, André Boutet publie l'observation d'une femme qui, présentant dans ses antécédents deux atteintes de psychose de la lactation, eut, trente-six ans après la dernière, une crise de manie à l'occasion d'un choc émotionnel. La similitude entre les troubles mentaux observés au cours des trois accès était absolue, mais au troisième seulement put être fait le diagnostic de folie constitutionnelle. L'auteur remarque en passant le rôle important des intoxications, des infections et des traumatismes dans l'étiologie de la manie et de la mélancolie.

Cazanove et Voivenel (1911) donnent cinq observations nouvelles de psychoses puerpérales. Sur leurs cinq malades, la première a des antécédents chargés ; à la suite d'une grossesse normale et d'un accouchement un peu long, elle fait une crise de mélancolie qui guérit et récidive huit ans après. Les quatre autres malades n'ont aucun antécédent nerveux ou mental ; les deux premières sont atteintes de psychose par intoxication d'origine intestinale chez l'une, rénale chez l'autre ; les deux dernières sont des infectées. D'après ces auteurs, la grossesse ou l'accouchement donnent lieu à des troubles psychiques : 1° par leur seule présence chez les prédisposées ; 2° par l'intoxication résultant de la perturbation des diverses glandes à sécrétion interne ou externe ; 3° par l'infection.

M^{me} Sophie Guinsbourg, élève de Gilbert Ballet, reconnaît trois groupes de psychoses puerpérales : celles où l'infection prédomine, celles où l'hérédité joue le premier

rôle, et un troisième groupe où elle range tous les cas où il est impossible de faire la part de l'hérédité et celle de l'infection. A l'appui de sa thèse, elle cite plusieurs observations qui répondent à sa division et où prédominent les cas de psychoses constitutionnelles ou mixtes.

Rochaix (Lyon, 1910) donne beaucoup d'importance au terrain sur lequel se développe la psychose. Au dégénéré, dit-il, il faut une cause infime pour créer le délire. Au sujet bien équilibré, il faut une somme beaucoup plus considérable. Les autres facteurs agissant pour créer la folie puerpérale sont : l'infection, l'épuisement et le traumatisme. Enfin, la grossesse, comme la menstruation, la puberté, la ménopause, est un moment d'élection pour l'apparition des psychoses vésaniques.

Sarrat (Lyon, 1911) étudie les rapports entre les psychoses transitoires des femmes en couches et l'infanticide. Pour lui, il n'existe pas une forme particulière de folie qui éclate brusquement sur un sujet sain au moment de l'accouchement, et qui puisse déterminer un acte impulsif ayant pour conséquence le meurtre de l'enfant nouveau-né. Il existe des faits certains d'infanticide commis au cours des délires transitoires pendant et aussitôt après l'accouchement. Ces délires ne surviennent que chez les prédisposées, dégénérées, épileptiques, hystériques, alcooliques, intoxiquées. Les causes favorisantes sont la primiparité, la gémellité, les intoxications de la grossesse. L'expertise médico-légale devra donc avoir pour but de mettre en évidence les tares héréditaires ou acquises, qui permettront de laisser supposer la possibilité d'un délire transitoire.

M^{lle} Rapoport (1912) consacre sa thèse à l'étude du syndrome de Korsakoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité. Le syndrome de Korsakoff peut se rencontrer en dehors de l'alcoolisme ; les troubles psychiques, comme la polynévrite, seraient les conséquences d'une seule et même intoxication de l'organisme, exogène ou endogène ; les toxines arrivent aux éléments nerveux par la voie sanguine.

Enfin, l'évolution et le pronostic de la maladie de Korsakoff, en général, dépendent de l'intensité de la maladie causale (tuberculose, fièvre typhoïde, alcoolisme, etc...).

Le syndrome de Korsakoff est relativement fréquent au cours de la grossesse et de la puerpéralité ; l'auto-intoxication en semble la cause. Le pronostic immédiat pour la mère est relativement bon ; il est cependant assombri par la participation du pneumogastrique et du phrénique au processus morbide. Quant au pronostic éloigné, il comporte quelques réserves ; dans certains cas, il reste des séquelles psychiques (faiblesse de la mémoire, désorientation dans le temps) ou polynévritiques (parésie, contracture même). Le pronostic immédiat pour l'enfant est sérieux ; le pronostic éloigné l'est encore davantage : quand les enfants naissent vivants, ils meurent peu de temps après.

Hirsch (1916), élève de Gilbert Ballet, établit une classification nouvelle des troubles mentaux de la puerpéralité : 1° l'urémie délirante dont la cause est une intoxication ; 2° les délires avec ou sans pyrexie dont la cause est l'intoxication ou l'infection ; 3° délire avec ou sans pyrexie chez des femmes à passé nerveux chargé ; 4° accès de manie ou de mélancolie avec confusion mentale chez des éclamptiques ou des infectées prédisposées ; 5° accès de manie ou de mélancolie avec confusion mentale dans les mêmes conditions chez des malades sans aucun antécédent. Hirsch publie des observations concernant trois catégories de malades : les unes sont des infectées, les autres présentent des troubles dus à l'auto-intoxication ; chez les autres, enfin, l'anémie est le facteur essentiel. D'après l'auteur, l'anémie, la misère physiologique ou morale peuvent, soit avoir servi de cause essentielle, soit de déclat, chez des femmes ayant déjà des antécédents névropathiques.

Bernard (1922) s'attache surtout à l'étude de l'étiologie des psychoses puerpérales. Pour lui, on peut constater des psychoses puerpérales chez des femmes non prédisposées, mais c'est tout-à-fait exceptionnel. Dans l'immense majo-

rité des cas, le terrain est préparé par des antécédents héréditaires similaires ou dissemblables, par des antécédents personnels constitués par les intoxications, les maladies infectieuses et, en particulier, celles qui touchent le système nerveux, les maladies chroniques débilitantes, etc. La prédisposition est manifeste ou latente. Les différents temps de la puerpéralité déclenchent les troubles mentaux par trois mécanismes principaux : l'infection, l'intoxication et l'épuisement. La grossesse agit par l'auto-intoxication qu'elle crée souvent. L'auteur étudie les divers facteurs de cette intoxication : nutrition plus active, déchets plus abondants, troubles mécaniques amenant la compression des intestins, donc la constipation, la compression des uretères, donc la congestion et, par la suite, l'insuffisance rénale, insuffisance des glandes à sécrétion interne, ménorrhémie, villo-toxémie, etc... Cette intoxication se traduit par des symptômes divers que des troubles mentaux accompagnent ou non : c'est l'éclampsie et la psychose post-éclamptique, les vomissements incoercibles, la polynévrite à laquelle la confusion mentale s'associe pour former le syndrome de Korsakoff, etc... L'accouchement et la délivrance constituent des causes favorisantes pour l'éclosion des troubles mentaux, surtout lorsqu'ils présentent des incidents. La longueur du travail agit par l'épuisement nerveux, l'intensité des douleurs, probablement aussi par des modifications de la circulation encéphalique : la femme contracte ses muscles abdominaux, immobilise son diaphragme lorsqu'elle pousse, s'arrête de respirer. Les veines du cou se gonflent, la face se congestionne; il y a gêne de la circulation de retour du sang veineux de la tête et de la partie supérieure du thorax; la congestion encéphalique s'ensuit. La folie du travail est caractérisée par une sorte de manie transitoire. Les interventions agissent en créant un choc traumatique. Pendant les suites de couches, c'est l'infection qui est responsable de la plupart des troubles mentaux. Elle est d'origine utérine ou mammaire et est favorisée par

la longueur du travail, la rupture prématurée de la poche des eaux, les interventions obstétricales, les déchirures du périnée et du col, les hémorragies du placenta prævia et de la délivrance. Enfin, pendant l'allaitement, ce sont l'épuisement, les privations, le surmenage qui occasionnent la psychose. Les formes cliniques peuvent se ramener à trois : ce sont, par ordre de fréquence, la confusion mentale, la manie et la mélancolie. Pour faire le diagnostic, il faut éliminer les délires n'ayant aucun rapport avec la puerpéralité et dépendant d'une cause étiologique précise : infection (fièvre typhoïde, angine, etc...) ou intoxication aiguë (éthylisme) ou intoxication chronique (morphine, cocaïne). Éliminer des affections qui peuvent prêter à confusion : paralysie générale, gommès ou méningo-encéphalite. Et, enfin, il s'agit de savoir si on se trouve en présence d'une psychose puerpérale vraie et de déterminer l'influence de la puerpéralité dans la genèse de ces troubles. L'histoire clinique antérieure, les conditions dans lesquelles est né le délire, ses relations avec une intoxication ou une infection et ses caractères cliniques permettront, dans beaucoup de cas, le diagnostic.

Pour Paris (1923), les psychoses puerpérales ne constituent pas une affection unique et bien définie, pas plus au point de vue symptomatologique qu'au point de vue étiologique. A ce dernier point de vue, il les classe en : 1° psychoses consécutives à l'éclampsie ; 2° septicémies puerpérales avec troubles psychiques ; 3° psychoses survenant sans raison apparente. Ces dernières sont les plus nombreuses. La prédisposition est indispensable, mais la puerpéralité est l'agent surajouté nécessaire à l'éclosion des troubles mentaux. Les formes cliniques observées sont : les formes confusionnelles, les formes maniaques, les formes mélancoliques. Généralement, ces formes ne sont pas pures, mais associées. Il n'y a aucun rapport entre les conditions pathogéniques de ces psychoses et leur forme clinique.

Cruchet et Rivière (1923) publient deux observations de

psychoses puerpérales à type de confusion mentale. Pour eux, l'évolution des psychoses puerpérales est favorable en général et le pronostic vital bénin.

Pour Codet et Badonnel (1924), s'il n'existe pas de psychose spécifique de la puerpéralité, il y a entre les troubles mentaux et l'état puerpéral au cours duquel ils se présentent autre chose qu'une simple coïncidence et relation de cause à effet. Dans leur étiologie, on trouve des causes prédisposantes, telles que la primiparité, l'âge avancé, peut-être le sexe masculin du fœtus, et des causes occasionnelles plus importantes. Ce sont, au cours de la grossesse, en premier lieu, l'auto-intoxication, la débilitation physique, les émotions, les soucis; lors de l'accouchement, la douleur, les émotions pénibles, les troubles sanguins, la fatigue; pendant le post-partum, l'infection intense ou atténuée; au cours de la lactation, la fatigue, les accidents infectieux, l'activité glandulaire. Les auteurs font une place à part aux psychoses de l'avortement et de l'accouchement prématuré. Les accidents se produisent dans deux cas différents: sur des femmes non atteintes mentalement ou, au contraire, chez des femmes à antécédents névropathiques. Les cas à causes pathogènes enchevêtrées sont les plus fréquents. Les symptômes sont très variés: pendant la gestation, on observe des syndromes obsédants, des états dépressifs, plus rarement des accès maniaques, des délires systématisés. Dans tous ces cas, il semble que la prédisposition joue un rôle prédominant. A côté, des troubles où l'influence toxique apparaît plus nette: c'est la chorée avec ses troubles psychiques: instabilité affective, émotivité, surtout irritabilité, l'éclampsie avec la confusion mentale post-éclamptique, le syndrome de Korsakoff lié ou non à l'alcoolisme qui apparaît surtout les trois premiers mois et se traduit au point de vue mental par des troubles de l'attention, de l'amnésie et de la confabulation. Pendant l'accouchement, on observe des délires transitoires. Au cours des suites de couches, ce sont les accidents infectieux

avec de la confusion mentale, plus rarement de la manie, ou de la mélancolie. L'apparition de la démence précoce est alors assez fréquente ; elle débute par un accès d'excitation ou de dépression atypique. Pendant la lactation, on observe des troubles psychiques transitoires, des accès de confusion mentale, de la manie ou de la mélancolie, des délires systématisés. Le pronostic est assez favorable.

Ce n'est pas seulement en France que, ces dernières années, les auteurs émettent des opinions diverses et variées au sujet de l'étiologie, des formes cliniques et du pronostic des psychoses puerpérales.

En Allemagne, pour Binswanger et surtout Kræpelin, l'élément essentiel dans l'apparition des psychoses puerpérales est l'épuisement qui crée dans l'organisme un état auto-toxique spécial. L'état d'épuisement crée des troubles dans les échanges nutritifs qui déterminent la production de substances toxiques ; celles-ci, agissant sur les cellules cérébrales, donnent lieu à une psychose par intoxication : la confusion mentale primitive. Kræpelin reconnaît aux états d'épuisement une importance telle dans la pathogénie de certaines psychoses qu'il en a fait un groupe spécial : la psychose d'épuisement.

Behr, en 1900, donne quelques statistiques concernant l'étiologie des psychoses puerpérales ; sa statistique personnelle comprend trois cas de psychoses de la grossesse, vingt psychoses de la lactation ; hérédité dans quatre cas, état fébrile dans quatre cas ; l'épuisement physique paraît la cause principale ; la forme clinique varie (mélancolie, manie, délire hallucinatoire). Sur soixante-dix-sept psychoses puerpérales : hérédité dans 11,55 % des cas ; plus grande fréquence chez les primipares ; âge moyen : 30-34 ans ; début le plus fréquent du huitième au quatorzième jour ; quelques cas tardifs en dehors de la lactation (huit à douze semaines).

En 1901, Mongeri consacre un article à l'étiologie et au traitement des psychoses puerpérales. Dans tous ses cas, il

a observé l'existence de la fièvre. Dans l'un d'eux, qui se présentait sous la forme de délire aigu, des injections répétées de sérum anti-streptococcique ont amené manifestement la guérison.

Vogel (thèse de Breslau, 1908) présente de nombreuses observations de psychoses puerpérales, fait une statistique des diverses formes observées et s'étend particulièrement sur le pronostic de la forme catatonique.

Regensburg (1909) étudie les causes des psychoses puerpérales et les classe en causes endogènes et en causes exogènes. Parmi les premières, sont les prédispositions héréditaires et les prédispositions acquises telles la chlorose, les traumatismes psychiques, l'alcoolisme, l'épilepsie, le rachitisme, les maladies de l'appareil digestif, etc.. Les causes exogènes qui agissent ici sont représentées par les divers stades de la puerpéralité avec les incidents pathologiques qu'ils provoquent : la grossesse influe sur l'état mental, est une cause d'anémie, d'intoxication et d'épuisement. L'accouchement fait éclore des troubles psychiques par les souffrances, l'épuisement, la nervosité qu'il amène. Pendant les suites de couches, plusieurs facteurs sont capables de causer les troubles mentaux. C'est d'abord l'infection aiguë : endométrite, métrite, paramétrite, mastite, et surtout pyohémie et septicémie ; puis l'intoxication aiguë, plus rare (en première ligne, viennent les troubles de l'éclampsie), l'épuisement causé par les hémorragies, l' inanition, l'allaitement, la diminution du poids de la femme qui, ayant commencé à la naissance, se poursuit après pendant six ou sept jours. Enfin les soucis, les chagrins.

Jolly (1911) constate les variations d'opinion sur les psychoses puerpérales. Il s'attache surtout à leur pronostic. Il fait une statistique portant sur soixante-dix-neuf malades suivies pendant dix ans; il trouve : neuf psychoses de la grossesse, cinquante-cinq du post-partum, quinze de l'allaitement. Sur ce nombre, trente-six sont guéries, cinq présen-

tent des troubles légers persistants, six ne sont pas guéries, mais peuvent continuer à vivre chez elles, onze sont internées dans un asile, six ont guéri après une récurrence, cinq ont eu une récurrence à la suite de laquelle elles n'ont pas guéri. Dix sont mortes dans la première année. Quant aux formes, la manie n'est jamais rencontrée au cours de la grossesse, l'amentia (confusion mentale) est surtout observée pendant l'accouchement, plus rarement pendant l'allaitement. On rencontre aussi la mélancolie, qui est la forme la plus longue à guérir, la folie circulatoire, la catatonie, et enfin les psychoses de l'éclampsie, de la chorée et de l'épilepsie.

En 1911, Runge fait un travail d'ensemble sur les psychoses puerpérales qui démontre combien il est encore difficile de classer ces faits. De sa statistique, il résulte que leur fréquence est de 4,16 % sur toutes les psychoses ; les psychoses gravidiques comptent pour 20 %, les psychoses du post-partum pour 68 %, celles de la lactation 10,9 %. Runge donne les fréquences de chaque espèce de psychose suivant sa nature, l'époque de son apparition, sa durée, la primi ou multiparité, l'âge des malades, la curabilité ou incurabilité, les récurrences, l'étiologie. Il a tendance à ne pas admettre le délire transitoire de l'accouchement. Au point de vue nosographique, il admet deux classes : 1° les psychoses symptomatiques dues aux troubles produits par la gravidité, les suites de couches, la lactation et leurs incidents : intoxication, infection, épuisement ; ce sont les psychoses choréiques et éclamptiques, l'amentia et les délires infectieux. 2° Les psychoses idiopathiques dont la cause ainsi que la part d'action de la puerpéralité dans leur éclosion sont inconnues. Ce sont les catatonies, les mélancolies et manies, les psychoses épileptiques et hystériques. Dans l'amentia, Runge distingue une forme incohérente, une forme hallucinatoire, une forme catatonique. Sa description répond à notre confusion mentale. Le pronostic est assez favorable, la guérison habituelle. Les états délirants (délires fébriles) forment un sous-groupe de pronostic très grave. Runge cite

un cas qui se présente sous forme de psychose de Korsakoff. Les psychoses choréiques présentent tous les passages d'une simple excitabilité à des états délirants plus ou moins intenses. Les psychoses éclamptiques sont de formes très variées : fureur, manie, stupeur, confusion, etc. ; fréquence de 2,4 à 8,33 % des cas d'éclampsie. Les psychoses idiopathiques sont, pour une grande part, constituées par le groupe de la catatonie ; fréquence : 47 % des psychoses puerpérales, et, parmi elles, 19 % gravidiques, 71 % post-puerpérales, 9 % lactation. Quatre formes : forme excitée confuse, forme stuporeuse ou avec excitation catatonique (dont le pronostic est le plus sombre), forme paranoïde, forme dépressive. Au total, guérison dans 15 % des cas. Amélioration dans 25 %, rechute 35 %, mort 12 %. La lactation n'a pas d'influence sur le pronostic. Runge admet un groupe de mélancolies et de manies. La périodicité est fréquente, mais non constante. Les psychoses hystériques sont fréquentes : 11 %. Peu de cas d'épilepsie. Une seule observation de paranoïde chronique. Le pronostic général est favorable dans 58 % des cas, défavorable dans 30 %. On trouve des accès antérieurs dans 14 % des cas et les récidives sont fréquentes. La durée de la maladie varie de quelques jours à deux ans.

D'après Golby (1911), chez les femmes atteintes de psychose puerpérale, l'hérédité existe dans un peu moins de la moitié des cas. Le plus grand nombre de cas se trouve entre vingt-six et trente-cinq ans, les multipares sont les plus nombreuses (75 %), les non-mariées relativement rares. L'amentia (confusion mentale) est la forme la plus fréquente. La catatonie a un pronostic défavorable. Enfin viennent la manie et la mélancolie. La guérison se produit dans 46 % des cas, mais, si on ajoute les guérisons avec faible déficit et les récidives guéries, on a 56 %. Mort dans la première année : 13 %. Les récidives sont assez fréquentes et aggravent le pronostic : la débilité mentale congénitale, le début chronique, les maladies mentales

antérieures. Au contraire sont favorables l'infection et l'épuisement. La durée est plus longue chez les héréditaires, les femmes âgées de plus de trente ans, celles chez qui le début a été insidieux, enfin, chez celles qui sont atteintes d'amentia, quand les symptômes catatoniques sont au premier plan (il semble qu'ici le mot catatonie soit pris dans le sens de démence précoce).

Naike (1912) étudie l'influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur le cours d'une psychose chronique déjà existante, et conclut qu'elle est à peu près nulle.

Hahn (1913) publie l'observation d'une femme de trente ans, ayant eu onze grossesses en douze ans, dont une quadruple. Il y a trois ans, elle a eu au troisième mois d'une grossesse des vomissements et deux attaques épileptiformes. En 1912, au troisième mois, vomissements, nystagmus, obtusion mentale, tachycardie. Avortement provoqué. Disparition des vomissements, persistance des autres symptômes, hémorragies rétinienne, paralysie des membres inférieurs et des sphincters ; en douze jours, douleurs à la pression, hypoesthénie, contracture en flexion. Etat passer de confusion mentale. Il persiste une obtusion mentale avec euphorie, variation de l'humeur. Amnésie rétrograde et continue. Confabulation. Affaiblissement intellectuel qui va s'accroissant. L'auteur conclut que, contrairement à ce que préconise Pinard, il ne faut pas provoquer l'avortement pour des vomissements puisqu'on risque la polynévrite. Sur quatre-vingt-treize cas, elle se produisit trente-six fois avant et cinquante-six fois après des accouchements ou des avortements.

En Angleterre, Raw, en 1906, écrit un article sur les troubles mentaux de la grossesse et de l'état puerpéral. Pour lui, les folies de la grossesse sont assez rares. Le traitement est simple, c'est l'expectative. Pas d'avortement provoqué. Dans les six cas observés par l'auteur, quatre mères guérirent avant la délivrance, les deux autres après.

En ce qui concerne les folies puerpérales, il faut savoir que ce sont les plus aiguës de toutes les formes de l'aliénation et que le pronostic est grave si l'on considère la vie des malades : 8 % succombent.

Pour Ricksher (Boston, 1910), il n'est pas de psychose puerpérale au sens strict du terme, mais il n'est pas douteux que la puerpéralité soit une cause déterminante productrice de psychoses chez certaines femmes dans des conditions, à l'heure actuelle, inconnues. L'état puerpéral peut présider à l'apparition de la folie maniaque-dépressive chez des sujets indemnes jusqu'alors, ou au retour des accès chez des sujets en ayant antérieurement présenté. La démence précoce est exacerbée par la puerpéralité. Les démentes précoces sont plutôt portées à l'homicide, et les maniaques-déprimées plutôt portées au suicide dans l'état puerpéral.

Pour Clarke (1913), au cours de la grossesse ou pendant la lactation, les psychoses les plus fréquentes sont les psychoses aiguës avec confusion mentale et les psychoses maniaques dépressives. Le pronostic de ces deux formes est généralement bon.

Huggins (1914) voit dans l'infection, l'épuisement, la toxémie et les pertes de sang les causes principales qui déterminent l'apparition des psychoses puerpérales. La prédisposition joue un rôle, car chez beaucoup de femmes on rencontre de l'instabilité nerveuse ou psychique, et la moindre cause suffit à provoquer l'éclosion des troubles mentaux, mais souvent aussi il n'y a aucun antécédent. Les psychoses puerpérales guérissent le plus souvent. Le traitement est celui de la cause infectieuse ou toxique. La toxémie est parfois très apparente, parfois très peu et même sans symptômes. Donc, toujours faire le traitement préventif et toujours étudier les antécédents nerveux ou mentaux.

Armstrong (1923) trouve un cas de psychose puerpérale sur mille cent naissances. Dans leur étiologie, il s'occupe

principalement des émotions, de l'état mental de la femme pendant la grossesse, auxquels il donne une grande importance : la majorité relative des malades est composée de filles-mères. Le maximum de fréquence est entre vingt-cinq et trente ans. Le premier symptôme est l'insomnie ; puis délire, confusion, incohérence, bavardage, anxiété non justifiée, agitation. En même temps, des signes physiques : langue saburrale, urines sales, concentrées, constipation, albuminurie. La folie du post-partum semble être souvent d'une espèce spéciale, si bien qu'on peut la reconnaître pour une entité nosologique. Le symptôme qui caractérise la folie de la lactation est la dépression.

Lalor (1926) préconise, pour le traitement de la folie puerpérale, celui de l'infection et de la toxémie qui l'ont causée. Il emploie des vaccins à base de streptocoques, de coli-bacilles et de staphylocoques dorés qui lui donnent de bons résultats.

En Russie, Land (1908) étudie les troubles psychiques et les états psychopathiques en rapport avec les règles, la grossesse et les couches. A la base de la plupart des psychoses en rapport avec la vie sexuelle, on trouve un terrain psychopathique ou neuropathique héréditaire et un épuisement physique ; les autres agents jouent seulement un rôle auxiliaire, parfois un rôle de cause occasionnelle. Les phénomènes physiologiques survenant pendant les règles ou la grossesse peuvent, chez des femmes prédisposées, malades ou épuisées, provoquer l'apparition d'une psychose.

Virchoubsky (1908) cite un cas de psychose puerpérale avec phénomènes de confusion mentale dans lequel, après une intervention opératoire gynécologique, se produisit une grande amélioration. L'auteur pense que, chez les femmes, les lésions des organes génitaux peuvent influencer l'appareil neuro-psychique et provoquer une névrose ou une psychose.

Hakkebouche (1908), se basant sur 60 cas de psychoses puerpérales observés à l'asile psychiatrique de la ville de Kharkoff, l'auteur vient à conclure qu'il n'y a point d'affections psychiques spécialement tributaires des processus de la reproduction, et n'admet pas les termes de psychoses puerpérales ou psychoses de la lactation. Dans ces cas, la grossesse, les couches, la lactation ne sont pas les causes directes de la maladie, mais seulement des incidents qui favorisent son apparition.

En Argentine, Gimenez Zapiola (1921) consacre un important article à l'étiologie des psychoses puerpérales. A leur origine, il y a des causes prédisposantes et des causes occasionnelles. Parmi les premières, sont les prédispositions générales de l'organisme ou les prédispositions partielles qui expliquent les localisations de telle ou telle maladie sur tel ou tel organe. Puis, vient la susceptibilité spéciale du système nerveux qui, à l'état normal, réagit à des excitations qui laisseraient les autres organes indifférents. Le premier facteur varie beaucoup, de sorte que des causes telles que l'infection et l'intoxication ont, à dose égale, des effets tout-à-fait différents suivant les individus. La connaissance des causes occasionnelles n'est pas moins importante que celle des causes prédisposantes : c'est d'abord l'intoxication, résultant de l'arrêt des règles, du surmenage et de l'insuffisance des émonctoires, des maladies passées ou intercurrentes. Il décrit l'insuffisance hépatique, rénale, la constipation et l'insuffisance d'hématose due à la compression des poumons, et insiste sur les modifications des glandes à sécrétion interne : thyroïde, hypophyse, ovaires, surrénales. Il y a augmentation de volume de la thyroïde et de l'hypophyse avec hyperfonctionnement qui, chez la dernière, serait à l'origine de la production des ostéophytes crâniens de la grossesse et, chez les femmes dont les épiphyses ne sont pas encore complètement ossifiées, provoquerait parfois une augmentation de la longueur des membres. C'est à l'hyperplasie des surrénales

qu'est due la pigmentation particulière de la grossesse. Les psychoses de la lactation sont des psychoses par intoxication et épuisement. L'infection est le second facteur occasionnel des psychoses puerpérales. L'éclosion des troubles mentaux est due la plupart du temps à l'action des toxines microbiennes, très rarement à celles des germes eux-mêmes. Le système nerveux est aimé des toxines microbiennes, mais les lésions qu'elles causent sont variables avec le degré de prédisposition de l'organisme malade, et c'est ce qui explique que des malades peu infectées délirent et que d'autres ne délirent qu'au cours d'une infection très grave. En définitive, on peut conclure que les psychoses au cours des infections sont le résultat d'une auto-intoxication. Enfin, le troisième facteur est l'épuisement, soit que la cause de cet épuisement existe avant ou soit le seul fait de la grossesse (dénutrition, alimentation insuffisante, mauvais fonctionnement des organes, influences morales). Parmi les causes qui ont précédé la grossesse, les intoxications professionnelles, les maladies cachectisantes (tuberculose, cancer), la chlorose jouent un rôle important. Pendant la gestation, ce sont les hémorragies et surtout l'anémie qui est constante. Elle peut se réduire à une intoxication.

Bermann (1904) publie l'observation d'une jeune femme qui, après un accouchement normal, a des suites de couches apyrétiques. Elle se lève huit jours après son accouchement. Huit jours après, expulsion de gros caillots. Une sage-femme, appelée, fait un toucher suspect. Dans la nuit, violents frissons et élévation de température. On fait un curetage utérin après lequel la fièvre persiste, accompagnée maintenant de confusion mentale. Aucun antécédent. Evolution favorable.

En résumé, depuis une cinquantaine d'années environ, tous les auteurs reconnaissent la multiplicité des formes qu'affectent les psychoses puerpérales, mais sont encore

loin d'être d'accord au sujet de leur étiologie. Ils admettent en général, pour leur production, l'influence primordiale de deux ordres de facteurs : les premiers jouant le rôle de cause prédisposante, les seconds celui de causes déterminantes. Le facteur qui joue le rôle de cause prédisposante est le terrain, constitué par les antécédents héréditaires ou acquis. Les causes déterminantes sont, en premier lieu, l'infection, l'auto-intoxication gravidique et l'épuisement, puis, suivant les auteurs, l'anémie, les hémorragies, le choc, les causes morales, etc... Mais ici commencent les divergences : on n'est nullement d'accord sur l'importance relative de ces deux ordres de causes.

Pour les uns, tels que Magnan et ses élèves (Rijo Garcia, Gorski), Dagonet, Brouardel, le terrain est tout et la puerpéralité n'est pas une cause déterminante, mais une simple cause occasionnelle qui met en lumière la tare constitutionnelle, la dégénérescence. Un peu plus tard, Joffroy, quoique moins absolu, est à peu près du même avis.

D'autres, au contraire, tels Campbell-Clark, Savage, Lalor en Angleterre; Hansen, Kræpelin, Behr en Allemagne; en France : Faure, Bar et son élève Lallier, Evrot, Idanoff, Régis et ses élèves Huot et Lauly, Bretonville, Baracoff, Lucien Picqué et Privat de Fortunié, Roger Dupouy, donnent à l'auto-intoxication, à l'infection et à l'épuisement le rôle primordial. Pour eux, seules sont des psychoses puerpérales celles qui sont provoquées par ces facteurs. Ils ne nient pas l'hérédité, mais son rôle est secondaire, parfois même nul, l'infection et l'auto-intoxication étant, dans certains cas, suffisants pour créer le trouble mental.

Enfin, entre ces deux opinions extrêmes, beaucoup d'auteurs sont plus éclectiques et admettent que les deux ordres de facteurs sont susceptibles de créer chacun séparément des troubles mentaux, que souvent ils sont inséparables, et qu'il est bien difficile parfois d'attribuer le principal rôle à l'un ou à l'autre.

Telles sont à peu près l'opinion de G. Ballet, Toulouse, Castin, Roubinovitch, Chambrelent, Anglade, Chevalier-Lavaure, Voivenel, Lequeue, Spire, Boutet, Guinsbourg, Cazanove, Hirsch, Bernard, Codet et Badonnel, etc... ; en Angleterre Huggins, Armstrong; en Allemagne Regensburg, Golby ; en Russie Land ; en Argentine Gimenez Zapiola.

OBSERVATIONS

Nous reproduisons ici vingt observations de femmes ayant présenté des troubles mentaux au cours de la puerpéralité. Toutes ces observations ont été prises dans le Service de M. le Professeur Abadie, à l'hôpital Saint-André et pendant une période de huit ans (1920-1928). D'autres malades dans les mêmes conditions et le même laps de temps sont passées dans le Service, mais nous n'avons pas cru devoir reproduire leur histoire, faute de pouvoir obtenir ou vérifier certains renseignements. Nous nous bornons à en donner ici la liste, avec le diagnostic qui a été posé :

C... Excitation psychique. Troubles du caractère. Débilité mentale. Grossesse (1927).

D... Eugénie. Etat dépressif du post-partum (1925).

M... Suppression d'enfant. Hoquet névropathique (1925).

P... Berthe. Dépression anxieuse. Accouchement clandestin. Infection légère (1926).

P..., épouse S... Confusion mentale du post-partum (1926).

T... Antoinette. Confusion mentale prolongée. Démence précoce à forme hébéphrénique (1925).

D... Louise. Confusion mentale. Abscess du sein (1927).

OBSERVATION I (Résumée.)

Grossesse de sept mois. — Excitation psychique avec insociabilité et turbulence, à date de début inconnue. — Encéphalite épidémique six ans auparavant.

H... Jeanne, 21 ans, entre le 17 décembre 1927 au Pavillon d'observation psychiatrique, envoyée par la clinique d'accouchements.

Elle est enceinte de sept mois environ. A la clinique, elle était atteinte de troubles mentaux caractérisés par de l'agitation continuelle avec instabilité de l'humeur et, parfois, des accès de violence. Elle se promenait constamment dans le service, se refusant à demeurer comme ses compagnes dans les locaux réservés aux femmes enceintes, demandant sans relâche qu'on lui donne du travail, des écritures ou un emploi d'infirmière. Elle adresse des vers admiratifs à la maîtresse sage-femme qu'elle appelle « la reine des femmes aimées » ainsi qu'aux externes. Elle bouscule une de ses compagnes et essaie de la mordre, refuse de réintégrer le dortoir des femmes enceintes en poussant des cris et en s'enfermant dans les cabinets. Elle a déjà été expulsée de Cholet. Elle a déjà été envoyée une fois au Pavillon en raison du désordre continu qu'elle provoquait à la Clinique, mais s'en est enfuie tout de suite pour rentrer à la Clinique. On relève dans ses antécédents une encéphalite épidémique il y a six ans.

A son arrivée au Pavillon d'observation psychiatrique, on constate les signes d'un début de travail et on la renvoie d'urgence à la Clinique d'accouchements.

L'accouchement et les suites de couches se passent sans incidents. Elle sort guérie un mois après de la Clinique.

OBSERVATION II

Grossesse de cinq mois. — Accès délirant transitoire avec agitation inquiète, idées de culpabilité et craintes d'empoisonnement. — Guérison en un mois et demi environ. — Une grossesse antérieure avec un accès dépressif léger survenu un mois et demi après l'accouchement.

F... Marcelle, 34 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique le 20 avril 1923, envoyée par la Clinique d'accouchements, parce qu'elle présente des idées délirantes avec menaces de réactions qui empêchent son maintien dans cet établissement.

Aucun antécédent héréditaire à signaler : père, mère, un frère et deux sœurs sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Maladies de l'enfance : rougeole et coqueluche sans gravité. Quelques bronchites. Réglée à 12 ans, mariée à 23 ans. Elle est, dit son mari, vive, réfléchie, autoritaire et peu émotive. Il y a neuf ans, a eu une première grossesse (1914). L'accouchement a été difficile : position transversale du fœtus, version ; naissance d'un enfant vivant qui meurt à un mois et demi de gastro-entérite. Après la mort de sa petite fille elle était fatiguée ; la sécrétion lactée continuait malgré les efforts pour la supprimer. Elle devint alors triste, taciturne. Elle restait chez elle, mais ne travaillait pas. A la suite d'une contrariété minime, elle eut une syncope et resta quatre heures, dit le mari, sans connaissance. Elle se reposa, sa tristesse disparut et elle reprit très vite son travail après cet incident. A cette époque, elle n'a jamais exprimé des idées de crainte ou de persécution.

Il y a environ trois semaines, la malade, qui est enceinte de cinq mois et demi, ressentit de la gêne, de la lourdeur dans le bas-ventre avec, par moments, des douleurs lancinantes qui l'empêchent de marcher. La sage-femme appelée conseille le séjour au lit sans toutefois avoir rien trouvé d'anormal. Quelques jours après, elle dit qu'elle sent une boule à la gorge et qu'elle étouffe. Elle est agitée, se lève un matin à cinq heures pour travailler, alors qu'on lui a ordonné le lit et que de coutume elle se lève beaucoup plus tard. Dort très peu la nuit. Quand on lui parle, fait des réponses inadaptées et intem-

pestives. Le quatrième jour après le début de sa maladie, elle perd connaissance un matin dans son lit, sans avoir présenté des convulsions. Après un évanouissement d'une demi-heure, elle reprend ses sens et, par la suite, est améliorée. Au bout de quinze jours, le médecin lui permet de se lever, mais lui prescrit de se reposer. Elle se lève, et veut faire le ménage. On est obligé de l'en empêcher. Elle nettoie même un jour, outre la vaisselle du jour précédent, toute la batterie de cuisine, disant qu'elle est sale. Elle dit qu'elle est restée inactive durant trois semaines, qu'elle est coupable et qu'elle doit travailler pour permettre à ceux qui l'ont soignée de se reposer. Le lendemain soir, on l'empêche de cirer le parquet. Elle dit alors : « vous me punissez, vous avez raison, car j'ai été trop longtemps fainéante », et ce n'est que vers minuit qu'elle accepte de se mettre au lit. Elle ne dort pas, mais reste calme. Le Docteur M..., appelé, l'envoie à la Clinique d'Accouchements où elle entre le 14 avril 1923.

A la Clinique, après une purgation, on la nourrit seulement avec du lait. Les autres malades l'ayant plaisantée au sujet de sa purge et de son régime, elle s'imagine toujours qu'elles parlent de purgation, de sulfate de soude, et qu'elles méditent de mettre dans son lait un peu de ce sel. Elle les accuse d'avoir organisé un complot pour l'empoisonner. Elle saura se défendre, elle prépare un mauvais coup à ses compagnes, elle mettra le feu à la maison. Elle s'en tient d'ailleurs à des menaces et n'a pas de réactions violentes. Le 20 avril au soir, on lui dit de descendre dans une chambre du rez-de-chaussée où elle sera plus tranquille. Les élèves qui viennent la chercher sourient, et ceci la rend inquiète. Elle descend néanmoins, mais, arrivée en bas, son inquiétude augmente quand elle voit devant la porte une voiture qui ressemble, dit-elle, à une voiture pénitenciaire, et un homme qu'elle prend pour un agent de police. Elle dit qu'elle n'a fait aucun mal, et c'est à grand'peine qu'on arrive à la faire monter en voiture pour la conduire à l'hôpital Saint-André.

¹ Arrivée à l'hôpital, elle est effrayée de se voir dans une chambre close; elle se croit dans une prison. Elle pleure, demande qu'on prévienne sa mère et son mari, et se livre à des récriminations bruyantes.

Le 27 avril, la malade est calme et répond d'une façon nette aux questions qu'on lui pose. Elle est rassurée maintenant, mais les premiers jours de son hospitalisation elle était inquiète, se demandait comment on ferait pour avertir sa famille qu'elle était ici, craignait qu'on l'empoisonne. Actuellement, elle n'a plus aucune idée de persécution de la part de son entourage; plus de craintes, plus de récriminations. Elle comprend qu'elle est à l'hôpital et non en prison, qu'on la soigne bien. La malade a vu deux fois son mari et sa belle-mère avec grand plaisir, et ces visites l'ont rassurée. Le sommeil est bon.

Examen somatique : pas de fièvre. Etat général bon.

Appareil digestif : appétit un peu diminué ; pas de vomissements ; légère constipation.

Du côté du système nerveux, de l'appareil circulatoire et respiratoire, rien à signaler. Pas d'albumine dans les urines.

Appareil génital : l'utérus forme une tumeur dont le fond remonte à l'ombilic ; on perçoit la tête fœtale dans la fosse iliaque droite ; le foyer d'auscultation est à droite de la ligne médiane. Les dernières règles datent de septembre 1922.

La malade rentre le 6 mai 1923 dans sa famille dans un état de santé mentale parfait.

OBSERVATION III

Grossesse de cinq mois. — Dépression mélancolique légère avec tentative de suicide. — Guérison en deux mois. — Hérité vésanique.

D... Yvonne, 35 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique le 1^{er} août 1921 pour troubles mentaux survenus au cours d'une grossesse.

Antécédents héréditaires. — Père mort éthylique à 50 ans. Mère vivante internée à Picon pour troubles psychiques de nature inconnue. Une sœur qui s'est suicidée.

Antécédents personnels. — Elle a toujours été nerveuse, dit le mari, qui ne peut expliquer ce qu'il entend par là. Il ajoute qu'elle n'a jamais eu de crise nerveuse, mais qu'on l'a soignée au bromure. Mal réglée. Mariée en 1913. A accouché normale-

ment, en 1914, d'une fille actuellement bien portante. Aucun incident au cours de cette grossesse, ni pendant les suites de couches.

Devenue enceinte pour la deuxième fois vers le mois de mars 1921. Elle s'est sentie fatiguée dès le début de sa grossesse. Elle était aussi très contrariée d'être enceinte, car elle craignait de ne pouvoir nourrir son enfant et redoutait l'accouchement.

Vers le 14 juillet, elle devient triste, ne mange pas, reste de longs moments assise par terre, ne s'occupe plus de sa toilette et de son ménage, ne prend plus soin de sa fille qu'elle adorait. Par moments, elle va, vient sans bruit, avec une expression anxieuse. Elle est taciturne, semble plongée dans une méditation triste, et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Le 29 juillet, elle a pris dans un secrétaire un revolver, l'a manié ; le coup est parti, mais elle ne s'est pas blessée. Quand son mari est revenu de son travail, il l'a trouvée très agitée. Elle lui a avoué qu'elle avait tenté de se suicider, mais n'a pu dire pourquoi.

Le 1^{er} août, on l'amène à l'hôpital Saint-André.

Au P. O. P., elle est restée très calme pendant tout le temps qu'elle a été en observation. Son anxiété du début s'est très vite dissipée.

Examen somatique. — L'état général est passable. La malade présente les signes d'une grossesse normale de cinq à six mois. Rien à signaler du côté des divers appareils.

La malade, guérie, est renvoyée chez elle le 4 septembre 1921.

OBSERVATION IV

Mélancolie anxieuse ayant débuté vers le quatrième mois d'une grossesse. — Persistance et aggravation après l'accouchement. — Internement. — Guérison au bout de un an et demi. — Accès dépressif au cours d'une grossesse antérieure. — Héritéité vésanique.

V... Jeanne, 40 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique de l'hôpital Saint-André le 14 octobre 1921 pour troubles

mentaux ayant débuté au cours d'une grossesse, et persistant après l'accouchement.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à Picon à 64 ans après un séjour de 3 ans; on n'a pas de renseignements sur les troubles qu'elle présentait. Père mort de maladie inconnue. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Bien équilibrée au point de vue mental jusqu'à son avant-dernier accouchement. Caractère doux, affectueux. Mariée à 23 ans. 6 enfants : 4 vivants, 2 morts. Pas de fausses-couches.

Première grossesse : aucun incident ; un garçon bien portant âgé actuellement de 17 ans. Deuxième grossesse cinq ans après, normale aussi. L'enfant est vivant et bien portant. Troisième grossesse normale. L'enfant est mort par la suite. Quatrième grossesse : pendant cette grossesse, pour la première fois, la malade se montre très préoccupée; elle dit qu'elle n'est pas enceinte et qu'elle ne veut pas l'être. Elle est triste, pleure, délaisse ses enfants et son intérieur. Elle n'a pas d'idées de suicide. Elle accouche de deux jumelles. Une est encore vivante et bien portante, l'autre est morte à 3 mois d'une mastoïdite. Après l'accouchement, elle redevient tout à fait normale au point de vue psychique. La malade a allaité tous ses enfants.

Cinquième grossesse vers le début de janvier 1921. Vers le quatrième mois de sa grossesse, apparaissent des préoccupations sur son état et une tristesse plus marquée que lors de sa grossesse précédente. Elle devient apathique, ne s'occupe plus de rien. Cependant, elle ne refuse pas de se laisser alimenter. Elle n'exprime pas d'idées de suicide et ne fait aucune tentative. Vers la fin de septembre, elle accouche à terme et normalement d'un enfant vivant et bien portant. Suites de couches sans incident. Après l'accouchement, aggravation de son état mental. Elle ne cesse de pleurer, de gémir. Bien qu'ayant du lait en abondance, elle refuse de nourrir son enfant; elle ne le maltraite pas, mais ne lui donne aucun soin. Elle est très anxieuse, dit qu'elle va mourir, ne dort pas. Dès qu'elle peut se lever, elle cherche à s'enfuir. Le 13 octobre, elle s'échappe dans la campagne où on la retrouve. Elle ne sait pas dire pourquoi elle s'est enfuie. Le lendemain 14 octobre, à 5 heures

du matin, nouvelle fugue. On la rattrape et on l'amène à l'hôpital le même jour.

Examen le 15 octobre.

La malade a une expression angoissée. Elle est agitée, anxieuse, elle pleure, crie et gémit sans arrêt, hurle parfois, essaie d'ouvrir la porte pour s'enfuir. Elle se croit très malade, prétend avoir du mal dans le ventre et a peur de mourir.

Son état général est médiocre. Elle n'a pas d'élévation de température. Pas d'infection génitale apparente, mais douleurs abdominales à la pression des régions annexielles.

Elle est envoyée à l'asile des aliénées de Château-Picon le 19 octobre 1921.

Château-Picon, 19 octobre 1921 :

« Votre nom ? » — « D... (elle sourit). Vous êtes contente ?... » Tristement : « Je n'ai fait de mal à personne. Qu'est-ce qu'on va faire de moi ? » On examine sa carotide qui bat. « Qu'est-ce que j'ai... (inquiète) c'est malheureux de ne pouvoir vivre ; on dirait que j'ai le cou cassé... Je ne me trouve pas bien ; je le sais, que je ne vivrai pas. » D. Vous souffrez ? — R. Je souffre du ventre. On ne peut pas trouver quelque chose pour me calmer. Je ne voudrais pas mourir, pourtant, et dire qu'il faut que je meure. — D. Que ressentez-vous dans le ventre ? — R. Des coliques toujours... là (elle montre l'épigastre). Elle raconte sa grossesse, son accouchement, donne des détails sur sa vie, sur son mari, mais, tout de suite, recommence à se plaindre du ventre, à exprimer des craintes d'une mort prochaine.

Cette femme semble très fatiguée, mais elle n'a aucun trouble somatique. Pas de pertes utérines. La pression des seins fait sourdre du lait.

5 décembre. — Depuis dix jours, la malade est au quartier des agitées où on a dû l'envoyer à cause de son agitation et de ses gémissements bruyants et incessants. Cependant, quelques jours après, son état s'est amélioré. Depuis cinq jours, elle est très calme. Elle dort bien sans qu'il soit besoin de lui donner des calmants. Hier, son mari est venu la voir ; elle l'a reçu aimablement, ne lui a pas fait de reproches, ne s'est pas plainte, contrairement à son habitude.

9 janvier 1922. -- La malade est retombée, il y a trois semai-

nes, dans un état d'anxiété avec gémissements, insomnie, plaintes, idées de malheurs multiples arrivés à ses enfants, insomnie complète. Mais, depuis deux jours, elle a repris le calme et a perdu les idées de malheurs. Elle dort bien. Elle travaille toute la journée, sourit et se montre satisfaite. Elle se lèvera aujourd'hui, mais la guérison est encore loin.

Après des alternatives de calme et d'anxiété, elle sort guérie le 4 mars 1923.

OBSERVATION V

Grossesse de quatre mois. — Dépression mélancolique simple. — Internement. — Guérison au bout de six mois. — Un accès antérieur avec hallucinations auditives et interprétations délirantes vagues à l'occasion d'une grossesse.

D... Jeanne, 39 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique de l'hôpital Saint-André le 20 octobre 1921. Enceinte de quatre mois, elle est très fatiguée et triste.

Ses antécédents héréditaires sont inconnus.

De ses antécédents personnels, on sait seulement qu'elle a été internée il y a quelques mois au cours d'une grossesse antérieure.

La maladie avait débuté au quatrième mois d'une grossesse par l'apparition brusque d'un délire hallucinatoire. Elle avait des hallucinations auditives mal différenciées, avec des craintes diffuses, la croyance à un attentat dirigé contre sa personne, des impulsions verbales, de l'agitation psycho-motrice avec désordre des actes. Tous ces symptômes évoluaient sur un fond de dépression psychique. La malade fut internée le 26 février 1921. A ce moment, elle était enceinte de huit mois. Son état général était satisfaisant. Le 15 mars, elle est dans un état de mélancolie avec dépression, paroxysmes anxieux, idées vagues de persécution. Le 6 avril, elle accouche d'une fille. L'accouchement et les suites de couches sont normales. Elle est très améliorée depuis l'accouchement. Elle parle volontiers et raisonnablement de sa famille. Elle ne gémit ni ne s'irrite plus. Elle s'occupe à la couture. Le 23 mai 1921, elle est complètement guérie et on la renvoie chez elle.

Rentrée chez elle, elle s'occupe normalement aux travaux du ménage, semble tout à fait bien portante au point de vue mental. La guérison persiste jusqu'en août 1921. A partir de ce moment, dit son mari, son état mental s'est affaibli progressivement, en même temps que son état physique est devenu mauvais. Elle présente tous les signes subjectifs d'une grossesse. Elle se tient alitée, prend peu de nourriture, a fréquemment des visions et « des crises nerveuses » au cours desquelles elle pleure et se frappe contre n'importe quel objet.

Depuis son entrée au Pavillon d'observation psychiatrique (20 octobre 1921) elle est silencieuse et prostrée, elle passe son temps soit couchée, soit assise. Le plus souvent, elle se frotte les yeux avec un mouchoir. Elle sanglote, mais sans que ses larmes coulent. Son faciès est morne et découragé, ses yeux perdus dans le vague. Tout interrogatoire est impossible. Le 20 octobre, jour de son arrivée, elle a consenti à nous répondre à voix basse et comme accablée, quand nous lui avons demandé son nom, son âge, son domicile. Ses réponses ont été correctes. Depuis, elle n'a plus voulu sortir de son mutisme. Aujourd'hui, 23 octobre, elle ne répond à aucune question. Quand on lui parle, elle reste inerte, détourne la tête et regarde le mur. Si on lui fait tourner la tête de force, elle baisse les paupières et ne regarde pas son interlocuteur. Elle est toujours inerte et prostrée, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. On doit la faire manger, sinon elle laisse les aliments à côté d'elle sans y toucher. Quand on les lui met dans la bouche, le plus souvent, elle les avale avec lenteur, mais, quelquefois, s'y refuse. Elle urine et défèque sous elle, non seulement au lit, mais encore hors du lit. Ce matin, étant assise sur le siège des cabinets, elle n'a même pas pris la peine de retrousser sa chemise et y a déféqué dedans. Elle n'a pas d'idée de fuite ou de suicide.

Examen somatique : pâleur. Paupières rougies, sans cils, qui sont probablement tombés grâce au continuel frottement du mouchoir. Muqueuses décolorées. Amaigrissement. Pas de fièvre.

Système nerveux : rien à signaler.

Appareil circulatoire : pouls 72, un peu irrégulier. A l'aus-

cultation du cœur, quelques faux-pas ; premier bruit un peu sourd.

Du côté des poumons, rien.

Du côté de l'appareil urinaire, rien. Pas d'albumine dans les urines.

Quelques troubles digestifs : anorexie, constipation.

Appareil génital : absence de règles depuis quatre mois. Tumeur utérine remontant à l'ombilic, régulièrement arrondie, mobile. Au toucher, le col est ramolli.

L'auscultation fortale est négative. Ligne brune abdominale. Les seins présentent une aréole très pigmentée et des tubercules de Montgomery.

La malade est envoyée à l'asile du Château-Picon le 26 octobre 1921.

A Picon, la malade reste assise dans son lit, dans une attitude abattue. Ses bras pendent inertes, sa tête tombe sur sa poitrine. Sa physionomie exprime la douleur. Elle est constamment silencieuse, ne répond pas et ne semble pas entendre les questions qui lui sont posées.

Examen somatique : rien à signaler, sauf une arythmie cardiaque peu prononcée.

La malade, très améliorée, est renvoyée chez elle pour accoucher le 23 avril 1922. On ne l'a plus revue depuis à l'Asile.

OBSERVATION VI

Grossesse de trois mois et demi. — Accès confusionnel se prolongeant après l'accouchement. — Meurtre involontaire de son enfant. — Amélioration qui permet sa mise en liberté un mois après l'accouchement.

P... Maria, 42 ans. Entre le 8 juillet 1921 dans le service de M. le Professeur Abadie pour troubles mentaux apparus au cours d'une grossesse.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Aucun trouble psycho-nerveux. Mariée à 27 ans. Une fausse-couche. Un enfant à 30 ans, un autre à 37 ans, bien portants. Grossesses et suites de couches sans incidents. La malade est actuellement enceinte de cinq

mois et demi environ. Il y a deux mois, la malade, qui habitait alors chez sa belle-mère, rue de la Pépinière, à Bordeaux, décida d'aller prendre le train à La Bastide pour aller voir son mari à Salbeuf. Elle quitte la maison à quatre heures du soir, et ne sait comment, après avoir rôdé par toute la ville, perdu ses paquets, elle se trouve à une heure du matin à la gare du Midi. Elle veut prendre un train. On lui démontre qu'elle se trompe, on lui explique où elle est. Elle retourne alors chez sa belle-mère et y arrive à deux heures du matin, non sans s'être égarée et trompée de porte. La belle-mère éveillée s'étonne, la fait coucher, et la garde au lit quelques jours. Puis elle reprend ses occupations habituelles, c'est-à-dire des ménages. Mais elle s'aperçoit qu'elle n'a pas l'idée d'accomplir son travail aux heures habituelles, qu'elle a perdu la mémoire, qu'elle néglige tout. Elle déchire du linge sans s'en apercevoir. Elle vient alors à l'hôpital pour se faire soigner. Aucun trouble somatique. Elle sort le 17 juillet améliorée, après un séjour de dix jours environ.

Chez elle, recrudescence des symptômes mentaux, qui nécessite une nouvelle hospitalisation du 23 au 26 août. Elle sort de nouveau, et rentre le 24 septembre à la Clinique d'Accouchements avec une grossesse à peu près à terme. A la Clinique, elle se lève à plusieurs reprises pour se promener en chemise dans le parc, passe des heures à se peigner les cheveux. Ses draps sont constamment souillés de matières fécales. Elle ne donne aucun renseignement sur elle et sur sa famille. L'examen somatique ne révèle rien d'anormal.

Elle accouche, le 3 octobre 1921, de deux jumeaux : un garçon pesant 1.800 grammes et une fille de 2.700 grammes. Le 5 octobre, sa fille lui ayant été donnée pour la mettre au sein, est retrouvée en état d'asphyxie, cachée sous les draps. La mère paraissait l'avoir fortement serrée contre elle. L'enfant présentait de l'épistaxis. Les bruits du cœur existaient. Elle a été ranimée par des insufflations au bout d'une demi-heure, mais est morte trois quarts d'heure plus tard en présentant à nouveau des épistaxis. Les résultats de l'autopsie médico-légale n'ont pas été fournis. La mère a déclaré ne pas l'avoir fait exprès et ne s'en est nullement préoccupée par

la suite, pas plus que de son autre enfant. On l'envoie à l'hôpital Saint-André le 13 octobre.

A l'hôpital, elle reste calme le jour mais crie la nuit ; elle dit que c'est parce qu'elle s'ennuie d'être séparée de son mari.

Le 7 novembre 1921, elle quitte l'hôpital pour rentrer chez elle, très améliorée, sinon guérie.

OBSERVATION VII (Résumée.)

Infection puerpérale. — Délire aigu. — Mort.

N... Marie, 22 ans. Entre le 28 février 1927 au Pavillon d'observation psychiatrique de l'hôpital Saint-André. Elle est envoyée par la Clinique d'Accouchements avec le certificat d'admission suivant :

« Est atteinte de troubles mentaux, caractérisés par de l'excitation psycho-motrice, cris, propos incohérents, gesticulation, déchirage et désordre de la literie, coups et injures aux personnes qui l'approchent. Cette malade, accouchée depuis sept jours, ne présentait antérieurement aucun signe somatique. Actuellement, elle présente les symptômes d'un délire toxi-infectieux. Vu son excitation, ne peut être gardée dans un milieu hospitalier, et j'estime qu'elle doit être hospitalisée au Pavillon d'observation psychiatrique de l'hôpital Saint-André. »

A son entrée dans le service, température 39°2, pouls à 130. On institue immédiatement la médication anti-infectieuse : électrargol, septicémine intra-veineuse, abcès de fixation. Aucun résultat.

Certificat de M. le Docteur Labuchelle, le 10 mars :

« A été atteinte de troubles mentaux caractérisés par de la confusion mentale profonde avec agitation désordonnée et bruyante, signes somatiques de toxi-infection générale grave, ayant apparu à la suite d'un accouchement récent. Depuis son entrée au P. O. P., et malgré le traitement institué, aggravation progressive rapide des troubles généraux. Mort par collapsus cardiaque le 8 mars 1927. »

OBSERVATION VIII

Accouchement dystocique. — Septicémie. — Délire infectieux avec grande agitation guéri après quatre semaines de traitement. — Rechute deux semaines après sa sortie. — Internement. — Manie franche. — Guérison définitive et sortie deux mois après.

F... Célestine, épouse R..., 23 ans. Entre dans le service de M. le Professeur Abadie le 16 mai 1927.

Antécédents héréditaires inconnus.

On n'a que peu de renseignements sur ses antécédents personnels. Elle a accouché il y a deux ans de deux jumeaux nés avant terme et morts. Elle n'a présenté à ce moment aucun incident. Au dire de son mari, légère excitation constitutionnelle entretenue par l'abus de café et un petit éthylysme probable. Aucun trouble pendant sa dernière grossesse.

Elle a accouché il y a dix jours à la Maternité, ayant perdu les eaux trois jours auparavant. Inertie utérine qui a nécessité une application de forceps. L'enfant est bien portant, la mère commence à l'allaiter. Mais, le quatrième jour, le pouls est à 150, la température s'élève, et elle se met à délirer. Elle dit qu'elle voit du feu, qu'elle entend l'orage. Elle se lève continuellement. On doit lui mettre la camisole de force. La nuit, elle ne cesse de parler, dit qu'elle est sainte et récite des prières. Puis elle se plaint d'être mordue par des chiens, d'avoir la tête remplie de fourmis. La deuxième nuit, elle crie, injurie son médecin. Elle prétend que son ventre est plein d'enfants, qu'il faut tous les tuer, sauf celui qui est Italien. Elle a aussi des dragées dans le ventre. Son état général s'aggrave. On ne peut la garder et on l'envoie à l'hôpital Saint-André.

A son entrée dans le service de M. le Professeur Abadie, le pouls est à 120, la température à 39°2. L'état général est très mauvais. On ne trouve aucune localisation infectieuse. Quelques traces d'albumine dans les urines. L'hémoculture pratiquée les jours suivants révèle la présence de staphylocoques.

Elle est extrêmement agitée, pousse des cris, est grossière, se lève constamment et frappe à coups redoublés la porte de sa cellule, si bien qu'on est obligé de l'attacher. La nuit, elle

ne dort pas et trouble le sommeil des autres malades par ses chants et par ses cris. Il est très difficile de fixer son attention mais, quand on y arrive, on s'aperçoit que sa mémoire est conservée, qu'elle sait où elle est, mais qu'elle ignore la date exacte. Elle raconte — ce qui est exact — qu'elle a conservé les cadavres de ses deux premiers enfants dans l'alcool, nous apprend qu'elle exerce divers métiers : chanteuse de café-concert la nuit, ramasseuse de chiffons le jour, marchande de gaufres le dimanche.

Dès le début de son séjour à l'hôpital, on a institué le traitement anti-infectieux et on a fait un abcès de fixation.

Trois semaines environ après son entrée, les troubles somatiques s'amendent, l'agitation diminue pour bientôt cesser complètement. Le 28 juin, la malade quitte le service tout à fait rétablie.

Rentrée dans sa famille, pendant une dizaine de jours il ne se produit rien d'anormal. Puis, son état physique restant bon, brusquement et sans cause apparente, surviennent de nouveaux troubles psychiques ayant exactement la même allure que les précédents. On la ramène à l'hôpital le 25 juillet 1927 et, comme son état ne semble pas avoir tendance à s'améliorer, on décide son internement à l'Asile de Château-Picon où elle entre le 30 juillet 1927.

A Picon elle est excitée, bavarde, incohérente. Le 1^{er} août, elle revient du bain en gesticulant, criant, chantant. Puis elle se met brusquement à pleurer. Elle est irritable. « Je ne veux pas qu'on me prenne pour une imbécile ; quand j'ai dit non, c'est non. » On lui demande depuis quand elle est ici : « je ne m'en souviens pas », répond-elle, et elle se met à siffler, à taper du pied. — « Comment vous appelez-vous ? — « Mes initiales, c'est F. et R., vous vous renseignerez. » Elle est hargneuse, mais gaie. Elle répond avec ironie, sur un ton désagréable et menaçant, se moque des gestes et des paroles de l'interlocuteur. Elle est continuellement en mouvement. L'état physique est bon. L'insomnie et l'agitation sont bien tolérées.

13 septembre. — Elle est beaucoup plus calme et travailleuse. Il persiste un peu d'excitation, sous forme d'euphorie, de loquacité. L'accès de manie évolue sous forme de poussées

paroxystiques au moment des règles. C'est la raison pour laquelle on la garde à l'asile, malgré sa lucidité actuelle.

6 octobre 1927. — L'époque des règles s'est passée dans le plus grand calme. Elle est actuellement guérie. On la renvoie le 7 octobre 1927.

Elle est depuis bien portante, mais conserve une pointe d'excitation permanente.

OBSERVATION IX

Accouchement normal. — Septicémie. — Délire aigu. — Guérison des troubles somatiques. — Persistance des troubles mentaux. — Leur guérison définitive au bout de trois mois. — Accès de confusion mentale à l'occasion d'un accouchement antérieur non suivi d'infection.

M... Engarcia, 30 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique le 30 décembre 1927, envoyée par la Clinique d'accouchements pour troubles mentaux apparus après un accouchement récent.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique, mort à 65 ans. Mère vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — Rien à signaler pendant son enfance et son adolescence. Bonne santé habituelle. Pas d'intempérance. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée dans le sang de cette femme à la Clinique d'accouchements, est nettement positive. Son mari a des céphalées fréquentes et présente des éruptions papuleuses de la face.

La malade a eu cinq grossesses. La première il y a six ans, après application de forceps, extraction d'un enfant mort. Suites de couches sans incidents. Deuxième grossesse un an après : accouchement normal d'un enfant bien constitué mort à 19 mois de la rougeole. Dix ou douze jours après l'accouchement, à la suite d'une discussion entre sa mère et sa belle-mère à laquelle elle assistait, la malade présenta des troubles mentaux : agitation, amnésie, idées délirantes. Pas de manifestations violentes à l'égard de l'entourage. Elle est transportée dans un hôpital où elle reste sept mois avec des alternatives de calme et d'agitation et une confusion profonde.

Jamais, ni au début ni au cours de l'évolution de sa maladie, la malade n'a présenté de fièvre. Son état, vers le cinquième mois, progressivement s'améliore pour redevenir absolument normal au septième mois, au moment de la réapparition de ses règles. A la sortie de l'hôpital, elle reprend son activité normale. Elle fut très affectée par la mort de son enfant, mais n'eut à cette occasion aucun trouble psychique.

Six mois après la mort de cet enfant, elle fait un avortement de trois mois. Aucun incident. Un an après, accouchement à terme et normal d'une petite fille actuellement bien portante. Suites de couches bonnes.

Pendant sa dernière grossesse, on n'a noté aucune modification de l'humeur de la malade. Elle était, comme de coutume, douce et affectueuse. A la Clinique d'accouchements, elle accouche le 20 décembre d'un enfant à terme et bien constitué. Accouchement normal. Pendant dix jours, la malade reste tout à fait calme. Le 30 décembre 1927, brusquement, la malade devient très agitée, rit et pleure, se lève en chemise et se promène dans la salle, cache tous les objets environnants sous ses draps. Le même jour, on la transporte au P. O. P. où on est obligé de la fixer.

A son entrée, la température est à 37°, le pouls bat à 88 pulsations. L'état général est très mauvais. L'examen somatique ne révèle aucune localisation infectieuse. Immédiatement, on institue la médication anti-infectieuse et on fait une hémoculture qui est positive au staphylocoque doré. La malade ne cesse de crier, de chanter. Dès qu'on s'approche d'elle, elle sourit, fait des grimaces, cligne de l'œil. Elle refuse de se laisser examiner. Mutisme absolu quand on la questionne, puis répond quelques secondes après quand on s'éloigne d'elle, et n'importe quoi. Le soir même, le pouls est à 102, la température à 38°4.

Les jours suivants, le pouls et la température s'élèvent encore et les symptômes mentaux s'aggravent : insomnie presque totale, vociférations ; elle urine sous elle, à côté du bassin, refuse de se laisser alimenter.

Le 3 janvier, on fait un abcès de fixation. Le 8 janvier, légère chute du pouls et de la température qui remontent les jours suivants pour baisser le 11 janvier, jour d'incision de

l'abcès. En même temps, légère amélioration de l'état mental : la malade se prête plus docilement à l'examen, elle est moins confuse : « Où êtes-vous ? (Un temps.) — Je suis à l'hôpital Saint-André. — Pourquoi ? — Vous le savez mieux que moi ». Chants, faciès irascible, s'irrite dès que la sœur s'approche, l'insulte violemment, lui crache dessus. Elle reconnaît son mari et sa cousine qui viennent lui rendre visite, demande au premier de l'embrasser, puis, brusquement, lui donne l'ordre de s'éloigner et reprend ses chants. Elle demande des nouvelles de son enfant, espère que son mari s'en occupe. Donne des détails exacts sur son accouchement : « J'ai souffert quatre heures, pas davantage ; mon petit pesait quatre kilos. Après, je me portais bien ».

Le 20 janvier, la température est revenue à la normale. Son faciès est moins altéré. Sa langue rôtie et sèche des jours fébriles a pris un aspect à peu près normal.

La confusion mentale régresse, bien qu'elle ait encore un certain degré d'amnésie et qu'elle ne soit pas très bien orientée dans le temps ; on parvient à fixer son attention. Mais l'agitation persiste, de telle sorte qu'on est obligé de l'interner à l'asile de Château-Picon, le 17 février 1928.

A Picon, son agitation se calme peu à peu, elle revient à une lucidité complète, et elle rentre chez elle guérie après trois mois de séjour à l'asile.

OBSERVATION X (Résumée.)

Accouchement. — Léger état infectieux. — Agitation confusionnelle. — Guérison simultanée des troubles somatiques et des troubles mentaux.

D... Jeanne, 24 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique le 2 octobre 1920.

Aucun antécédent vésanique héréditaire.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 16 ans, à la suite de laquelle la malade a présenté quelques troubles : peurs soudaines et sans raisons. A toujours été irritable. Première grossesse il y a deux ans et demi. Accouchement normal à terme. Post-partum normal. Quinze jours après la délivrance,

agitation, insomnie, refus de s'occuper de son enfant. Guérison rapide. Deuxième accouchement il y a trois semaines. Quinze jours après, crise d'agitation confusionnelle coïncidant avec un léger état infectieux. La température évolue entre 37° et 38°8 sans raison apparente. L'état infectieux disparaît de même que la confusion. La malade rentre chez elle le 6 novembre 1920. Il ne lui reste qu'un peu d'excitation verbale.

OBSERVATION XI

Accouchement normal. — Infection puerpérale. — Confusion mentale très agitée. — Guérison de l'infection et disparition de la confusion. — Etat maniaque persistant et suspect. — Internement. — Guérison incomplète et sortie de l'asile au bout de six mois. — Pas d'antécédents vésaniques.

M... Yvette, 20 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique le 25 septembre 1923 pour troubles mentaux apparus après un accouchement.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Parents vivants et bien portants. Aucun trouble psychique dans la famille.

Antécédents personnels. — Très bonne santé jusqu'à la maladie actuelle. Mariée depuis onze mois. Pas de fausses couches. La malade a accouché, le 5 septembre, d'un garçon bien constitué. Aucun trouble pendant la grossesse : ni vomissements, ni albuminurie, ni troubles mentaux. Accouchement normal. Légère déchirure périnéale. La malade garde le lit environ pendant dix jours après l'accouchement, puis se lève et s'occupe un peu du ménage, sans se fatiguer cependant. Elle allaite son enfant.

Brusquement, dans la nuit, environ treize jours après l'accouchement, elle s'éveille et donne le sein à son enfant, selon son habitude. Elle semble inquiète, se met à parler beaucoup et accuse sa mère de lui créer des ennuis, de contrecarrer ses projets. Elle finit par se rendormir. Mais, le lendemain et les jours suivants, elle est agitée ; elle change de place les objets de la cheminée, des meubles, sans raison et souvent les met en désordre. En même temps, légère excitation psychique :

bavardage, incohérence, récriminations incessantes et vagues non motivées à l'égard de ses parents et surtout de sa mère. La malade continue à allaiter son enfant. Mais cet état persistant sans amélioration, le mari se décide à amener la malade à la consultation du Docteur Cruchet, le 24 septembre 1923. Arrivée chez lui, la malade ne veut pas entrer, et l'examen que pratique M. Cruchet est rendu difficile par son attitude. Il conseille de l'hospitaliser à la Maison de Santé protestante et promet d'envoyer quelqu'un s'occuper d'elle dans la soirée. Nous la voyons vers 19 heures. Elle est à ce moment dans un état d'excitation psycho-motrice assez marqué : elle parle sans cesse, ses paroles semblent incohérentes ; elle saute avec rapidité d'une idée à l'autre, et il est impossible de fixer son attention. Elle exprime par moments quelques idées de richesse superficielles et vagues, disant qu'elle a acheté de beaux vêtements, et surtout des idées de persécution de la part de sa famille, mais sans précisions : on veut la faire mourir. « Vous le savez bien », répète-t-elle quand on lui demande qui veut la tuer. Par moments, appels bruyants. Elle crie d'une voix forte : « Maman, viens ». A d'autres moments, elle se met à pleurer brusquement et à sangloter. Puis, sans transition, elle se moque de l'entourage, sourit d'un air entendu. Elle prononce des mots grossiers ; chaque fois qu'on lui pose une question : « M....., répond-elle, vous m'ennuyez ». Elle demande à partir, se précipite vers la porte, disant à son mari : « Viens, allons-nous en ». Puis va vers le lit en renversant les meubles, appuie en même temps sur le bouton de la sonnerie et sur le commutateur électrique. Pas d'actes de violence. Dans la journée, elle a refusé de donner le sein à son enfant. L'examen somatique, rendu très difficile par l'attitude de la malade, ne montre rien d'anormal du côté des divers appareils, et en particulier du système nerveux. Le pouls est bien frappé et un peu rapide. Il n'y a pas de fièvre. Durant la nuit, elle est agitée, malgré l'absorption de deux comprimés de Dial Ciba et une injection d'un centigramme de morphine : elle crie, appelle, bouleverse les meubles, actionne la sonnerie électrique, réveille les autres malades. Le lendemain matin, le Professeur Cruchet la fait entrer au P. O. P. (25 septembre 1923).

A cette date, la malade est en état d'excitation maniaque :

bavardage incohérent, cris, appels bruyants comme la veille. En plus, quelques hallucinations visuelles, quelques illusions de fausse reconnaissance (elle croit reconnaître en nous son cousin), moqueries, sourires.

Au point de vue somatique : la température est à $37^{\circ}6$, le pouls à 80, bien frappé, régulier. La langue est nette. Au point de vue local, rien à signaler. Le 26, on fait un abcès de fixation et 10 cc. d'électrargol. Malgré le traitement, la température s'élève progressivement et sans rémission le 25, 26 et 27 septembre.

Le 27 septembre au matin, elle est à $38^{\circ}4$; le soir, à $39^{\circ}5$; le pouls bat à 120, petit, rapide, mal frappé. Le faciès est altéré, le nez pincé, les yeux excavés, la respiration accélérée et superficielle. Rien à l'auscultation des poumons. Ventre un peu ballonné, mais souple. Au toucher vaginal, rien d'anormal ; les culs-de-sacs sont souples.

Le 28 septembre, même état ; en plus, légère contracture abdominale localisée à la fosse iliaque droite. La palpation de cette région paraît éveiller de la douleur. Au point de vue mental, l'état précédemment décrit persiste, avec en outre une confusion mentale qui augmente progressivement.

Traitement : glace sur le ventre, huile camphrée, électrargol. Diète hydrique.

Le 30 septembre, ventre ballonné, météorisé. Etat général un peu moins mauvais, langue sèche. Un lavement glycéринé provoque l'évacuation de nombreuses scyballes, avec des débris abondants de muqueuse intestinale, dans un liquide séreux. L'état somatique reste stationnaire jusqu'au 4 octobre, mais la confusion augmente. Le 4 au matin, meilleur état général, la température tombe à $37^{\circ}4$; mais le soir, avec une température de $37^{\circ}6$, le pouls est à 120, irrégulier, petit ; légère raideur de la nuque ; un ou deux vomissements. Pas de signe de Kernig. On met de la glace sur la tête de la malade.

Le 5 octobre, le ventre est plus souple, moins météorisé. Quelques gargouillements dans les deux fosses iliaques. L'hémoculture est négative. L'examen du liquide céphalo-rachidien, celui des urines, ne révèlent rien d'anormal.

Le 8 octobre au matin, le pouls est petit, très rapide, bat à 134 pulsations. Pas d'irrégularités. La pointe du cœur bat

dans le sixième espace, en dedans du mamelon. Le rythme est rapide, mais normal. Le premier bruit est un peu sourd.

Le 9 octobre, l'état général est un peu moins mauvais. Pouls à 108. L'état confusionnel est moins marqué, mais encore léger délire onirique. La malade regarde autour d'elle, mais paraît obnubilée ; l'excitation maniaque persiste, mais moins accentuée qu'au début : elle se moque encore de l'entourage, lui adresse des paroles injurieuses et grossières. Par moments, elle saisit une question qu'on lui pose, y répond à peu près correctement, mais, aussitôt après, elle retombe dans son état de confusion. Désorientation complète. Agitation plus grande la nuit, appels, cris, plaintes.

A partir de ce moment, une amélioration progressive et lente se produit à la fois dans son état somatique et psychique. Le 12 décembre, son état général est assez bon. Elle est amaigrie. Elle est atteinte d'une constipation opiniâtre et ne peut aller à la selle qu'avec des lavements. Au point de vue mental, la malade s'éclaire de plus en plus ; elle reconnaît l'entourage, la sœur en particulier. Elle a reconnu son père ; mais l'état d'excitation maniaque persiste : une de ses connaissances étant venue la voir, elle l'a reconnue, appelée par son nom, puis, immédiatement, lui a adressé les injures les plus grossières. Elle est tellement agitée qu'on est obligé de la fixer ; bavardages, cris, appels. Cependant, elle dort un peu la nuit. Devant la persistance de cet état, on l'envoie à l'Asile de Château-Picon le 22 décembre 1923.

Picon, 5 janvier. — Examen physique : rien à signaler. Elle est habituellement surexcitée, incohérente dans ses propos, désordonnée dans ses actes. Les mêmes mouvements reviennent sans cesse avec monotonie. Les mouvements de physiologie sont stéréotypés. On craint un moment la dissociation du fond intellectuel.

16 février. — La malade manifeste plus d'intérêt à ce qui l'entoure. Elle reste très excitée, mais est plus propre et plus affectueuse.

17 avril. — Elle est plus calme. Sa tenue est meilleure. Elle fait des réponses exactes et s'intéresse à certaines choses. Cependant, on manifeste quelques inquiétudes sur l'issue finale de la maladie. On craint qu'elle ne laisse de l'inertie morale,

de l'insouciance, de l'indifférence, un certain défaut d'initiative. La santé physique est bonne. C'est dans ces conditions qu'elle sort le 27 avril 1924. Elle n'est jamais revenue à l'Asile depuis.

OBSERVATION XII

Accouchement normal. — Abscès des seins. — Accès d'excitation maniaque. — Guérison des troubles somatiques. — Persistance des troubles mentaux. — Internement. — . . . Amélioration et sortie. — Nouveau séjour à l'Asile et mort.

R... Marie, 19 ans, entre, le 18 octobre 1920, au Pavillon d'observation psychiatrique de l'hôpital Saint-André.

Aucun antécédent personnel. Pas d'antécédents héréditaires vésaniques.

La malade a accouché pour la première fois le 6 octobre 1920. Accouchement à terme et normal. Mais, cinq jours après la délivrance, il apparaît un peu de fièvre. Quelques jours après, la fièvre persistant, le mari de la malade remarque qu'elle ne veut plus s'occuper de son enfant ; elle commence à présenter de l'agitation, puis à tenir des propos incohérents parmi lesquels reviennent toujours des idées de grandeur (achats d'autos, d'un restaurant). La malade veut distribuer son argent aux pauvres. Son agitation ne fait que croître, surtout à partir du 15 octobre. Elle brise les objets, devient agressive. On la fait admettre au Pavillon d'observation psychiatrique.

Le 19 octobre, nous trouvons la malade couchée dans son lit où l'on a dû la fixer. Elle s'agite en effet sans cesse, remuant en tous sens les bras et les jambes, tournant la tête d'un côté et de l'autre. Son visage est pâle, ses yeux brillants, ses traits tirés et fatigués. Elle tient une suite presque ininterrompue de propos incohérents, prononçant des phrases ou même des mots isolés reliés entre eux par les associations les plus superficielles, ou simplement par leur assonance. De loin en loin, reviennent quelques mots ou même quelques phrases se rapportant à la vie familiale de la malade, mais aussitôt l'absurdité des propos réapparaît. Les termes grossiers ou obscènes

y abondent. Ils redoublent quand on s'occupe de la malade et qu'on lui donne des soins. Si on lui pose quelques questions, on obtient de loin en loin une réponse brève, presque toujours monosyllabique, et suivie aussitôt de mots sans aucun rapport avec la question posée.

Etat somatique : la température est à 38°; l'état général est médiocre. L'examen des organes ne révèle rien, sauf du côté des seins qui sont gonflés, rouges et douloureux à la pression. L'examen des urines révèle quelques traces d'albumine, trois grammes de glucose, quelques leucocytes et des déchets épithéliaux.

Les jours suivants, il se forme des abcès à chaque sein. On les incise et, le 30 octobre, la température, qui depuis son entrée oscillait entre 36°5 et 38°5, descend à la normale. Mais l'état d'excitation persiste et on est obligé de l'interner à l'Asile de Château-Picon le 14 novembre 1920.

Château-Picon, 14 novembre 1920. — La malade est extrêmement agitée depuis son arrivée. Logorrhée incohérente. Elle n'écoute aucune question posée. Elle chante et parle sans arrêt.

15 novembre. — « Bonjour, madame. — Adieu, grand'père... tu vois si je suis propre ici... vous n'écrivez pas bien vite, autrefois, vous écriviez plus vite... — Depuis quand êtes-vous ici ? — Juste ce matin... avec toi. — Quel jour sommes-nous ? — C'est le jour de mon cœur. — Quel est votre nom ? — Je m'appelle... Deschanel... Renaud. Inscrivez, greffier ».

Elle est excessivement grossière.

28 novembre. — Elle est irritable, expansive. Ses propos sont le plus souvent coléreux, orduriers, très désordonnés. Elle a des réactions violentes, frappe le personnel et les malades. Son état physique est satisfaisant.

22 février 1921. — Plus calme ; excitation motrice et logorrhée rémittentes.

25 février 1921. — Elle est toujours calme, mais ses propos sont très incohérents, elle est maniérée. A la visite de son mari avec sa fille, elle n'a eu aucune émotion : « Je n'ai pas d'enfant. Ce n'est pas mon enfant ».

Cette malade sort, le 28 novembre 1921, calmée mais non guérie.

Elle rentre de nouveau en décembre 1922. Elle reste calme, recroquevillée sous ses couvertures: « Laissez-moi, je ne suis pas encore cuite ». Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Elle est désordonnée, malpropre, gâteuse. Elle manifeste du négativisme. Elle meurt de broncho-pneumonie le 3 février 1923.

OBSERVATION XIII

Accouchement prématuré. — Suites de couches normales. — Confusion mentale atypique apparue quinze jours après la délivrance. — Internement. — Guérison au bout de neuf mois.

L... Marcelle, 22 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Abadie le 28 janvier 1927 pour troubles mentaux survenus environ une douzaine de jours après un accouchement.

Aucun antécédent héréditaire à signaler.

Ses antécédents personnels sont peu connus : elle n'aurait jamais présenté de troubles psychiques jusqu'à son accouchement.

En octobre 1926, cette femme se place comme domestique. Elle est douce, docile, travailleuse. Au bout de deux mois elle semble fatiguée. Ses patrons, la croyant malade, la font hospitaliser à l'hôpital Saint-André, salle 26. Là on reconnaît qu'elle est enceinte et elle est immédiatement transférée à la Maternité. Le 13 janvier, elle accouche prématurément d'un fœtus de sept mois qui est mort ultérieurement. Les suites de couches sont normales. La malade allaite bien son enfant. Subitement, une nuit, elle se lève de son lit en criant qu'on veut la tuer. Elle reste agitée les deux jours suivants, ce qui motive son transfert dans le Service.

Le 28 janvier 1927, date de son arrivée salle 24, la malade pleure, semble angoissée. Questionnée, elle répond seulement qu'elle veut revenir chez sa mère, qu'elle a fauté, mais qu'elle se corrigera.

Le lendemain, elle ne semble plus triste. Elle rit au contraire presque continuellement. Elle raconte qu'un jeune homme d'Argentat lui a fait son enfant, qu'elle a eu très peur à la

Maternité parce qu'elle y a entendu des voix qui disaient : « On va te mettre dans un four ». Elle dit aussi que pendant le trajet de Pellegrin à Saint-André elle a vu écrit sur une affiche : « l'Espionne aux yeux noirs », et a cru que cette espionne était sa sœur et qu'elle lui voulait du mal. Mais elle pense plutôt aujourd'hui que sa sœur l'espionnait pour la secourir et non pour la perdre. Elle raconte tout cela en riant. Les jours suivants, elle est tantôt triste comme le jour de son arrivée, tantôt excitée comme le lendemain.

Le 30 janvier, elle se lève continuellement de son lit, fait sa prière à genoux dans la salle et embrasse le chapelet de la sœur. Elle croit reconnaître sa sœur Micheline dans l'une des malades. Puis, elle prend l'externe pour un certain Pierrot qu'elle a connu à Paris.

15 février. — La malade est toujours triste, mais ne pleure que rarement. Plus souvent, elle sourit en disant qu'elle a toujours des idées noires. Elle reste très tranquille dans son lit. Lorsqu'on lui parle, ses yeux restent dans le vague. Il faut souvent répéter plusieurs fois les questions avant d'obtenir les réponses; celles-ci sont toujours très courtes, presque monosyllabiques. La malade n'est pas très bien orientée dans le temps : elle se croit en février 1926. Par contre, bien orientée dans l'espace. Sa mémoire est assez bonne.

L'examen somatique ne révèle rien d'anormal. L'état général est assez bon. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

12 mars. — Elle entend des voix la nuit. On cherche à savoir ses pensées. — Qui ? — Je ne sais pas, puisque je ne connais personne, mais on sait ce que je pense. — Quelles sont ces voix ? — J'ai déjà été malade à Paris. Elle s'exprime d'une façon incohérente, désordonnée, ne se préoccupe pas de ce qui l'entoure. Elle s'est échappée dans la galerie sans pouvoir dire où elle allait. Sa mémoire est bien conservée.

24 mars. — La malade se lève, erre au hasard dans la salle. Elle est désordonnée dans sa tenue et ne s'intéresse pas à ce qui l'entoure. Elle rit fréquemment et, si on lui demande pourquoi elle rit, elle ne répond rien et semble bien ne pas le savoir elle-même. Si on cause avec elle, elle fait part de ses projets qui sont toujours contradictoires : elle veut partir chez

sa sœur dans les Landes ; un moment après, c'est à Paris qu'elle veut aller.

30 mars. — Elle entend des voix qui lui parlent de sa famille. Ce sont des chuchotements qui viennent de l'extérieur et répètent exactement sa pensée. Dans la journée, elle se lève, mais ne s'occupe à aucune besogne. Son visage est fermé. Elle n'adresse pas la parole aux autres malades. Elle élabore de nombreux projets contradictoires et incôhérents ; projets de voyage, de professions nouvelles et irréalisables. Bavardage fréquent, incohérent. Aucune suite dans l'association des idées. Diminution et discordance des réactions affectives ; expression de gaieté alors qu'elle raconte des épisodes tristes de sa vie ; éclats de rire fréquents, en apparence non motivés. Indifférence vis-à-vis de sa famille à laquelle elle était fort attachée. Désordre de l'activité ; abandon de tout travail régulier utile. Déambulation sans but. Coquetterie et préciosité.

Envoyée ce même jour (30 mars 1927) à l'Asile de Château-Picon.

A Picon, la malade est calme, elle répond volontiers aux questions qui lui sont posées, elle raconte l'histoire de son accouchement, mais ne peut préciser certains faits. — « Etiez-vous triste quand vous étiez à Saint-André ? — J'ai toujours été triste. — Comment s'appelait l'interne ? — M... A... — Quel jour sommes-nous ? — Je ne sais pas. Il n'y a pas de calendrier ? » Elle a des réactions émotives assez vives, contrairement à ce qui s'est passé à l'hôpital Saint-André. Si on l'interroge sur sa vie passée, elle rougit et devient réticente. Quand on lui parle de son enfant, elle éclate en sanglots en disant qu'il est mort et présente tous les signes d'un chagrin profond. Elle s'intéresse à ce qu'on dit à son sujet.

20 avril. — Elle a manifesté depuis son admission des idées d'influence sur la pensée, des inquiétudes vagues, mais aussi de l'insouciance, de l'inaptitude au travail, des explosions de rire. Elle s'isole, reste inerte au lit. De temps en temps, elle a quelques gestes de colère et d'énervement.

24 mai. — Elle est calme actuellement, se présente gentiment, répond bien : « Vous êtes bien ici ? — Oui, mais je voudrais partir, je suis beaucoup plus calme » ... « Il y a quel-

qu'un qui cherche à dominer ma pensée, ce sont des personnes qui répètent tout ce que je pense. C'est dans ma tête, mais tout le monde peut bien entendre la même chose, à moins d'être sourd ». Elle semble, parfois, inquiète. Elle rit sans motifs, montre une indifférence assez accentuée quand il s'agit de sa famille. La plupart du temps, elle a l'aspect triste, les yeux continuellement fixés sur le parquet.

26 octobre 1927. — Elle est à peu près complètement revenue à l'état normal. Cependant, elle donne toujours l'impression d'être renfermée en elle-même. Sa mimique est triste, ses sourires forcés. Ses réponses sont intelligentes et faites aimablement. Elle est mise en liberté le 27 octobre 1927.

OBSERVATION XIV

Accouchement normal. — Suites de couches apyrétiques. — Accès mélancolique post-partum. — Internement. — Guérison et sortie de l'Asile au bout de huit mois. — Un accès dépressif chez la mère en dehors de la puerpéralité.

J... Germaine, 24 ans, entre au Pavillon d'observation psychiatrique le 30 janvier 1925 pour troubles mentaux survenus après un accouchement.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : père et mère vivants et bien portants. A 30 ans, la mère semble avoir eu un accès dépressif qui a duré deux mois : elle se plaignait de maux de tête, de ventre, restait inerte, triste, refusait les aliments. Depuis, aucun accident analogue. Un frère vivant réformé de guerre pour tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves dans son enfance. Régée à 13 ans. Règles régulières et sans incidents. Elle est de caractère triste et recherche la solitude, elle est cependant active. Mariée à 19 ans, elle devient enceinte en avril 1924 et, après une grossesse tout à fait normale, elle accouche à la campagne, le 12 janvier 1925, d'un enfant à terme et bien constitué. Accouchement spontané et sans incidents. Suites de couches apyrétiques.

Après son accouchement, elle exprime des inquiétudes au sujet de sa santé et de celle de l'enfant. L'enfant prend diffici-

lement le sein parce que le mamelon est mal formé. Elle exprime des regrets, est triste, et émet l'idée qu'elle est une mauvaise mère.

Le 22 janvier 1925, elle devient plus triste, se plaint d'être gênée pour respirer, d'étouffer ; sensation de striction au niveau du pharynx. Ce même jour, dans la matinée, elle se dresse brusquement sur son lit, pleure abondamment, déclare qu'elle va mourir parce qu'elle est une mauvaise mère. Elle se voit au cimetière dans une tombe. Son mari, en rentrant pour le déjeuner, la trouve en larmes. Aucun changement durant cette journée. Pendant la nuit, elle se lève et veut amener son mari au cimetière, où « elle veut aller se mettre dans un trou noir ». Elle exprime des craintes et des remords constants au sujet de son enfant qu'elle a mal soigné. Cet état persiste sans modifications pendant deux jours. Le troisième jour (25 janvier) elle se calme, devient inerte, reste assise toute la journée sans proférer une parole, concentrée en elle-même. Les jours suivants, aucun changement. Elle a complètement cessé de s'occuper de son enfant, ne parle jamais de lui. Elle ne mange pas seule, mais se laisse alimenter. Jamais de fièvre au cours de l'évolution de sa maladie. En présence de ces troubles, le Docteur Ducos, qui la soigne, l'envoie à l'hôpital. Surprise d'être conduite à Bordeaux, elle a exprimé seulement l'idée qu'elle n'est pas malade, qu'elle ne comprend pas pourquoi on l'amène à l'hôpital.

Examen au Pavillon d'observation psychiatrique le 2 février 1925. — En entrant dans la cellule, on voit la malade assise sur son lit. Elle lève la tête pour regarder l'entrant, puis détourne les yeux et ne le regarde plus que furtivement. Son visage est anxieux et triste. Elle fait très peu de gestes. La tête baissée, elle fixe des yeux ses mains qu'elle applique l'une sur l'autre par instants. Elle pousse de gros soupirs. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose, se refuse obstinément à parler, sauf pour dire : « Sortez-moi de là, je vous prie » et « je veux sortir de là, sortez-moi de là ».

Examen somatique. — Pas de fièvre. Pouls à 96, petit, régulier. L'état général est médiocre.

Du côté des organes génitaux, rien à signaler : ni perte, ni douleur, involution utérine normale. Les urines ne contiennent

pas d'albumine. L'examen des seins, des poumons, de l'appareil digestif, ne révèle rien d'anormal.

5 février 1926. — Depuis son entrée, la malade reste assise sur son lit, ne bouge pas. Avant-hier, cependant, alors qu'on voulait l'examiner, elle s'est levée et est sortie de la pièce, criant : « Je veux m'en aller à tout prix ! » Parfois, elle appelle sa mère et son mari. Ce dernier étant venu la voir, elle s'est montrée absolument indifférente et n'a pas voulu lui répondre. Elle urine et défèque sous elle très fréquemment. Elle est très sale : on trouve sur le siège des cabinets des papiers maculés qu'elle y a laissés. Elle refuse l'alimentation et on est obligé de la gaver.

Le 6 février 1925, elle est internée à l'Asile de Château-Picon.

Château-Picon, 6 février 1925. — La malade est immobile dans son lit, sa physionomie est inexpressive ; elle est plongée dans un mutisme absolu. Elle a quelques gestes de défense quand on la découvre, ramène sa chemise. Au bout d'un instant, le visage s'attriste, la malade se met à pleurer doucement.

Examen somatique. — Il n'y a pas de fièvre. Le pouls est rapide, mais bien frappé. Elle a des pertes vaginales sanglantes. Le ventre est douloureux à la palpation dans la région utérine.

20 février 1925. — Depuis son entrée, elle est restée dans un état de mutisme effrayé avec refus de s'alimenter. On doit la nourrir à la sonde.

29 juillet 1925. — Elle se lève depuis cinq jours. Elle s'est mise au travail. Elle s'alimente seule et très convenablement. (Jusque là, elle avait été nourrie continuellement à la sonde.) Il est toutefois impossible de communiquer avec elle. Elle rêve, la tête baissée, et ne prononce pas une parole. On lui parle de son mari et de son enfant, très beau, paraît-il. On lui demande si cela lui fait plaisir. Elle se tait toujours, mais verse des larmes abondantes. La stupeur persiste, mais l'activité physique est récupérée.

9 septembre 1925. — Elle est beaucoup plus communicative, cause et rit volontiers avec ses compagnes, parle de sa famille, s'occupe assidument.

La malade sort définitivement le 13 septembre 1925.

OBSERVATION XV

Accouchement normal. — Suites de couches apyrétiques. — Confusion mentale onirique apparue huit jours après la délivrance. — Guérison rapide. — Accès similaire chez une tante et une sœur dans des circonstances analogues.

R... Charlotte, épouse M..., 19 ans, entre le 28 janvier 1921 dans le Service de M. le Professeur Abadie pour troubles mentaux survenus à la suite d'un accouchement récent.

On a peu de renseignements sur ses antécédents personnels : on sait seulement qu'elle n'a jamais présenté de troubles mentaux, qu'elle ne buvait ni vin, ni alcool, qu'elle vient d'accoucher pour la première fois.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : une sœur de sa mère, après avoir accouché de son deuxième enfant, présente des accidents analogues à ceux devant lesquels nous nous trouvons. Elle guérit au bout de quelques mois et ne récidive pas. En mars 1918, la sœur aînée de la malade accouche pour la quatrième fois. Les premiers jours, son état est satisfaisant. Puis, huit jours environ après ses couches, elle entend sa belle-mère crier qu'une oie s'est noyée dans le puits. Elle croit qu'il s'agit de sa fille et ressent une secousse violente. Elle tombe dans un état de confusion qui nécessite son transfert à l'hôpital. Elle y reste un mois et demi ; son agitation est telle qu'on doit l'attacher. Elle refuse tout aliment et on est obligé de la nourrir à la sonde. Elle ne reconnaît pas sa famille. Guérison de l'accès au bout de deux mois environ. Rien d'autre à signaler.

R... Charlotte a accouché le 9 janvier 1921 à Blanquefort, chez ses parents. Accouchement à terme et normal. Elle allaite son enfant et, pendant sept ou huit jours, son état est bon. Au bout de ce temps, son état physique restant toujours satisfaisant, des troubles psychiques apparaissent peu à peu. Un matin elle dit qu'elle voit le curé, demande obstinément sa robe blanche. Le 21 janvier, elle a une crise d'agitation, veut se lever. Elle voit le Bon Dieu, récite des prières. On l'attache et la crise cesse au bout d'une heure. Les jours suivants, elle est agitée, elle voit le petit Jésus, lui parle, passe son temps en

prières, fait de nombreux signes de croix. Le 28 janvier, le docteur ne constatant aucune amélioration dans son état l'envoie à l'hôpital Saint-André. Dans le Service, on pratique un examen somatique qui ne révèle rien d'anormal. Pas de fièvre, pas d'albumine dans les urines. Mais l'état général est médiocre.

Les premiers jours, la malade reste très agitée. Elle doit être attachée. Elle ne refuse pas de se laisser alimenter. Elle ne reconnaît pas sa famille quand celle-ci vient la voir, ne sait où elle est, ignore la date, a perdu toute mémoire des événements antérieurs. Un peu plus tard, elle traverse successivement des périodes d'abattement et d'agitation. Vers le 6 février, légère amélioration de son état : elle se nourrit seule, donne quelques renseignements sur elle-même et sur sa famille, reconnaît son mari et ses parents, mais, le lendemain, ne peut préciser le jour de leur visite.

Progressivement, son état général s'améliore, son esprit s'éclaire et, le 26 février 1921, elle peut être rendue à sa famille. Il ne lui reste qu'un certain degré de fatigabilité psychique.

OBSERVATION XVI

Accouchement normal. — Suites de couches sans incidents. — Confusion mentale apparue un mois après l'accouchement. — Deux accès identiques survenus à la suite d'avortements.

M... Basilia, 41 ans, entre, le 31 janvier 1921, dans le Service de M. le Professeur Abadie pour troubles mentaux survenus un mois après un accouchement.

Ses antécédents héréditaires sont exempts de toute tare nerveuse ou psychique.

Ses antécédents personnels sont les suivants : maladies de l'enfance (coqueluche, rougeole) sans gravité spéciale. Réglée à 14 ans; règles régulières, sans incidents. Mariée à 17 ans. Deux avortements. Huit accouchements à terme. Cinq enfants morts : un de rougeole, deux de troubles gastro-intestinaux, un de pneumonie, et l'autre de maladie inconnue de la malade. Les trois enfants vivants sont bien portants.

En 1911, à l'occasion de la mort de sa mère, et étant enceinte, elle fait vingt kilomètres à cheval ; à la suite de cette randonnée, avortement à trois mois. Immédiatement après, et sans que la malade ait la moindre élévation de température les symptômes de la maladie actuelle se sont montrés pour la première fois : confusion caractérisée par de l'obtusion et de l'incoordination psycho-motrice. Elle guérit au bout de 4 mois.

En 1925, au cours d'une pneumonie, elle fait un nouvel avortement. Elle présente les mêmes troubles mentaux que lors du premier. Au bout de deux mois, guérison.

Depuis son premier avortement jusqu'à la grossesse récente, elle a eu trois accouchements à terme ; les suites de couches ont été tout à fait normales. Elle n'a jamais présenté de troubles psychiques en dehors de la puerpéralité.

En décembre 1920, étant enceinte, elle entre à la Maternité avec des symptômes de broncho-pneumonie. Deux ou trois jours après, le 21 décembre, elle accouche à terme et normalement d'un enfant vivant. Les symptômes pulmonaires ayant disparu, et aucun incident ne s'étant produit pendant les suites de couches, elle quitte la Maternité le 10 janvier 1921, mais, rentrée chez elle, ne reprend pas ses occupations habituelles, parce qu'elle se sent faible. Elle se contente d'allaiter son enfant. Vers la fin janvier, on note qu'elle est devenue très réservée. En outre, elle étonne sa famille par l'incoordination de ses propos et l'absurdité de ses actes : elle voit du linge lavé que sa belle-mère et d'autres locataires de l'immeuble ont mis à sécher ; elle le ramasse, le plie tout mouillé, le porte chez elle sans s'inquiéter de celui qui n'est pas à elle. Elle se lève le matin et sort dans la rue sans s'habiller. Contrairement à son habitude, elle contredit constamment son mari.

Un médecin, appelé, l'envoie à l'hôpital Saint-André.

Dans le Service, la malade se tient calme dans son lit, tout à coup s'agite, puis redevient calme, tout en restant silencieuse. Elle dort bien. Elle reconnaît ses enfants, exprime des idées de jalousie vis-à-vis de son mari. Elle garde presque toujours le silence quand on la questionne. Si elle répond, ses réponses, sans être intempestives, sont très évasives. Elle se lève parfois et prend les affaires des autres malades qu'elle cache sous son oreiller. Sans comprendre le français, elle prend un livre et

reste de longs moments les yeux fixés sur les pages. Elle a battu une de ses voisines parce qu'elle n'a pas voulu lui donner un livre. Un soir, elle s'est levée et est aller frapper une autre malade avec un verre. Quand on lui demande pourquoi elle a fait cela, elle répond qu'elle ne sait pas, qu'elle ne s'en souvient pas. Elle défait son lit, met matelas et couvertures par terre. Un jour, pendant la visite, on la trouve assise devant le mur avec une expression d'extase; elle prétend y lire : *ave maria*. Elle ne se nourrit pas seule, mais se laisse alimenter.

Examen somatique : l'état général est passable. Il n'y a pas de fièvre, pas d'accélération du pouls. L'examen de l'utérus, des annexes et des seins ne révèle rien d'anormal. Rien à signaler du côté des poumons, des reins et de l'appareil digestif.

Elle sort guérie le 10 avril 1921.

OBSERVATION XVII

Accès mélancolique ayant apparu un mois et demi après la fin d'un allaitement. — Début brusque. — Aucun antécédent héréditaire ou personnel. — Internement. — Guérison et sortie de l'Asile sept mois après le début.

T... Léonie, 25 ans, entre le 23 mai 1922 dans le Service de M. le Professeur Abadie (Pavillon d'observation psychiatrique).

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Une sœur bien portante également. Jamais personne dans sa famille n'a présenté de troubles mentaux.

Antécédents personnels racontés par la malade elle-même. — Elle n'a eu aucune maladie de l'enfance. Elle est allée à l'école jusqu'à douze ans, était assez bonne élève, n'avait guère de camarades, et était, de son aveu même, de caractère renfermé et taciturne. Mariée à 23 ans, elle a accouché il y a sept mois, pour la première fois, d'un petit garçon bien constitué et actuellement bien portant. Accouchement et suites de couches absolument normaux. La malade allaite son enfant jusqu'à trois mois et demi, puis le sevre, parce qu'elle est fatiguée et qu'elle n'a plus assez de lait.

La maladie actuelle a débuté brusquement le 2 avril, c'est-à-dire cinq mois environ après l'accouchement et un mois et demi après le sevrage. Le 1^{er} avril, la malade et son mari hébergèrent des cousins de passage à Bordeaux. Ce jour-là, la malade se montra absolument normale, peut-être même un peu plus gaie et communicative que de coutume. Le lendemain, sans transition, au réveil, elle a brusquement changé d'aspect et de manières : elle est abattue, triste, indifférente à tout. A partir de ce moment, elle cesse de travailler, déclare qu'elle en a assez de la vie. Elle écrit sur tous les papiers qui lui tombent sous la main (livre de compte, carnet de ménage ou de blanchissage, morceaux de journaux, etc...) : « N'en veuillez pas à mon mari, c'est moi la fautive ». Elle ne s'occupe plus de son ménage et de son enfant. Elle exprime des idées d'indignité et de suicide, et, le 3 avril, elle essaie de s'étrangler avec une corde. Surprise et empêchée d'accomplir son acte, elle en donne comme raison qu'elle est incapable de faire son travail, indigne de son entourage, et qu'il vaut mieux en finir. Puis, elle parut s'améliorer progressivement, reprit son travail, et, à la fin d'avril, elle était redevenue absolument normale. Elle resta ainsi jusqu'au 13 mai. A cette époque, le couple déménagea, afin de se rapprocher des parents de la femme. Le déménagement s'effectua normalement, la malade n'oubliant aucun détail, faisant très bien ses paquets, etc... Mais l'emménagement fut plus laborieux. Lorsqu'elle vit tous ses meubles sur le trottoir, elle parut découragée, se désintéressa de l'opération, se bornant à tourner autour des objets. Sa sœur étant venue lui proposer de l'aider, elle la chassa. Depuis, elle ne s'occupe plus de rien, ne fait plus le ménage ni la cuisine. Dans la nuit du 20 au 21 mai, à minuit, elle se lève en chemise, tire les verrous et se dispose à sortir. Son mari l'en empêche, la ramène au lit, l'y maintient assez facilement. Elle ne veut donner aucune explication sur son acte. A cinq heures, elle se lève (elle ne se lève habituellement qu'à sept heures), se peigne, s'habille très lentement. Le mari parti, elle prend son enfant, le déshabille, lui plonge la tête dans un seau d'eau et sort aussitôt. Rencontrant une voisine, elle lui dit : « J'ai tué mon enfant, je n'attends plus que les gendarmes » et se rend chez ses parents. L'enfant fut trouvé sur les carreaux,

respirant encore. On put le ranimer, et, depuis, les parents de la malade en ont pris la garde. Quand le mari rentra, il trouva sa femme, revenue de chez ses parents, indifférente à tout en apparence. Questionnée au sujet de l'enfant, elle raconta ce qu'elle avait fait sans paraître y attacher d'importance. Le soir, elle dîna. Dans la nuit, elle se lève et tente de se jeter par la fenêtre. Son mari la maintient au lit péniblement. Le 23 mai, on l'amène à l'hôpital Saint-André.

Au P. O. P., quand nous pénétrons dans la chambre de la malade, elle nous regarde avec une expression un peu anxieuse et méfiante. Elle ne répond aux questions posées que très rarement, après plusieurs injonctions, et par phrases très courtes. Le plus souvent, elle remue les lèvres comme pour parler, mais ne dit rien. Les réponses sont correctes et énoncées rapidement. Elle demande spontanément son mari, puis affirme qu'il est en prison, bien qu'elle ne sache pas qu'il ait rien à se reprocher ; une voix le lui a dit. Il est impossible de savoir s'il s'agit d'une hallucination auditive, car la malade ne veut donner aucune précision. Elle exprime des idées d'incapacité, prétend qu'elle est incapable de suffire à son ménage et dit : « Je ne suis pas comme tout le monde ». Elle ne montre pas nettement d'idées d'indignité : « elle n'a commis aucune faute et n'a rien à se reprocher ». Après un long interrogatoire au sujet de ses idées et de ses tentatives de suicide, elle avoue les unes et les autres, et les légitime en disant qu'elle n'est pas comme tout le monde et qu'elle a toujours broyé du noir. L'affectivité paraît troublée. Quand on lui parle de son enfant et qu'on laisse entrevoir qu'il est peut-être mort, elle reste indifférente et se borne à demander : « Où est-il ». La mémoire est bien conservée : bien que très réticente, la malade donne avec la plus grande précision quelques dates de sa vie et des détails sur ses antécédents pathologiques. Calme et propre, elle mange normalement.

Examen somatique. — Etat général passable. Pas de fièvre. Appareil uro-génital : rien à signaler. La malade a été réglée depuis son accouchement. Les seins sont normaux ; leur pression ne fait pas sourdre de liquide.

Système nerveux : rien d'anormal. Appareil respiratoire : rien à signaler.

Appareil circulatoire : pouls à 80. Bruits du cœur un peu sourds.

Appareil digestif : langue saburrale. Légère constipation.

Au moment où on commence l'examen somatique, la malade déclare tout d'un coup : « Voilà la vérité, j'ai menti. Je ne suis pas malade. J'ai manqué à mes devoirs de mère, de femme, de fille. Je mérite l'échafaud. Mes parents sont en prison, mais c'est moi la fautive. Mon mari non plus n'est pas coupable, c'est moi qui ai tout fait ». Il est impossible de la faire sortir de là. « J'ai fait tuer tout le monde par mes mensonges. Tuez-moi sans me faire souffrir. »

On envoie la malade à l'Asile de Château-Picon, le 26 mai 1922.

A Château-Picon, elle semble habituellement déprimée, mais sans inquiétude et sans douleur morale véritable. Ses propos sont indifférents, capricieux, très instables. Elle exprime sans conviction, et le plus souvent après suggestion de la part du médecin, des idées de ruine, de mort. Le désordre des actes est modéré, porte habituellement sur de menus gestes, mais peut parfois atteindre l'excitation anxieuse avec cris, gesticulation très violente.

9 juin 1922. — Elle est très améliorée. Elle se rend compte de sa situation, espère vivement sa guérison et s'intéresse beaucoup à sa famille.

Elle sort à l'essai pour un mois le 14 décembre 1922. Cette sortie est définitive, les symptômes morbides ayant disparu.

OBSERVATION XVIII

Allaitement de neuf mois. — Symptômes d'embarras gastro-intestinal avec fièvre légère. — Confusion mentale. — Guérison au bout d'un mois.

G... Gilberte, 20 ans, entre le 15 novembre 1924 dans le Service de M. le Professeur Abadie, pour troubles mentaux apparus au cours de l'allaitement.

Les antécédents héréditaires et personnels de cette malade sont inconnus.

Elle accouche pour la première fois, le 28 janvier 1924, à

terme, d'une petite fille bien constituée. Elle commence à l'allaiter. Les suites de couches sont normales; elle se lève au douzième jour. Elle se sent à ce moment très bien portante et exécute facilement les travaux du ménage.

Rien d'anormal jusqu'en novembre. Elle allaite son enfant qui est bien portante et vigoureuse. Le 11 novembre, elle est prise de vomissements aqueux et bilieux. Le soir du même jour, tout était passé et elle mangea de bon appétit.

Au cours de la nuit du 11 au 12 novembre, elle éprouva des inquiétudes non justifiées au sujet de la santé de son mari, le réveilla à plusieurs reprises, lui fit une scène sans motif, lui fit part de projets de départ injustifiés. Son mari trouve sa conversation étrange et un peu décousue. Dès le lendemain, inquiet de l'état d'agitation de sa femme, il va prévenir le père de celle-ci. Son père vient, lui fait un peu de tisane, et elle se trouve mieux. Mais, la nuit suivante, elle ne dort pas, elle accuse des douleurs au niveau des reins. Le lendemain, elle est transportée en automobile chez sa mère à Bordeaux, elle se couche et, à partir de ce moment, ses souvenirs s'estompent. Elle avait cependant des préoccupations au sujet de sa petite fille : elle la voyait s'étouffer comme dans un rêve, dit-elle plus tard. Elle refusait de manger. Elle devient agitée, est prise de terreurs imaginaires, gesticule et est très confuse. Elle est envoyée au Pavillon d'observation psychiatrique le 15 novembre 1924.

A son entrée au P. O. P., la malade est dans un état de confusion marquée. Le courant de sa pensée est ralenti; elle ne semble pas comprendre les questions qui lui sont posées et cherche vaguement à répondre. Elle est complètement désorientée dans le temps et dans l'espace, a des terreurs subites, des illusions de fausse reconnaissance. Sa température est à 37°. Purgation. Uroformine intra-veineuse.

Au quatrième jour de son séjour à l'hôpital, sa température a monté à 38°4. Elle présente des symptômes d'embarras gastro-intestinal : langue saburrale, anorexie, constipation. Traces d'albumine dans les urines. On fait un abcès de fixation. Le sixième jour, c'est-à-dire le 21 novembre, la température monte à 39°, le pouls est à 116. Le 22, on donne un lavement. Le 24, on incise l'abcès qui donne des flots de pus.

A partir de ce moment, la température tombe. On continue les injections intra-veineuses d'uroformine, on donne du benzonaphtol par la bouche. Le 26 novembre, la température est à 37°. Les jours suivants, elle n'atteint plus jamais 37°; elle oscille entre 36 et 36°8.

A mesure que la température s'abaisse, la malade sort peu à peu de sa confusion. Elle reconnaît son entourage, commence à pouvoir converser, est orientée dans le temps et dans l'espace. Le retour des facultés intellectuelles n'est pas tout à fait parfait, mais il ne persiste, quand elle rentre chez elle le 6 décembre 1924, que de la fatigabilité psychique et une légère amnésie de fixation.

OBSERVATION XIX

Allaitement de six mois. — Choc émotionnel. — Confusion mentale. — Guérison rapide. — Hérité vésanique.

C... Henriette, 22 ans, entre le 29 décembre 1926 dans le Service de M. le Professeur Abadie.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants: mère atteinte de manie intermittente; trois internements dont le dernier a eu lieu le 25 décembre 1926. Père bien portant séparé de sa femme. Deux sœurs: l'une, 15 ans, ne serait pas très équilibrée au point de vue mental; l'autre, 19 ans, serait normale.

Antécédents personnels. — Rien à signaler au point de vue nerveux ou mental. Mariée il y a un an et demi. A un enfant de six mois qu'elle allaitait en partie, complétant les têtées quotidiennes à l'aide de deux biberons.

Le 25 décembre 1926, la malade fait avec son mari les démarches nécessaires pour l'internement de sa mère, atteinte d'une crise de manie. Le soir même, elle commence à présenter des troubles mentaux, ne reconnaît pas son enfant, le confondant avec un de ses jeunes frères à elle de même nom qui était mort tout petit. Elle se plaint de la tête, présente une légère élévation de température. Le médecin appelé pense à une méningite. Les jours suivants, elle ne reconnaît toujours pas son entourage. Elle passe par des alternatives successives d'agitation et de dépression.

Le 2 janvier, à l'hôpital Saint-André, la malade est abattue. Elle répond mal aux questions qui doivent être répétées plusieurs fois. Elle donne cependant des renseignements exacts sur sa famille, sur sa mère — qui a été internée deux fois, dit-elle — son frère, ses sœurs, son mari et son enfant. Mais elle a perdu tout souvenir des événements qui ont eu lieu depuis le 25 décembre, jour de début de sa maladie. Quand on lui demande où est sa mère, elle répond : « Chez elle, probablement », et quand elle surprend son interlocuteur à dire à mi-voix à un assistant que sa mère vient d'être internée, elle sursaute : « Maman est internée ! ». Elle ne sait où elle est et ignore la date.

Les jours suivants, elle passe par des alternatives d'excitation et d'abattement. Elle refuse de manger, veut partir retrouver son enfant.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier. L'état général est médiocre. La température oscille entre 36°2 et 37°6. Pas d'albumine dans les urines.

Le 10 janvier, elle est agitée, veut partir, demande sa robe, veut aller retrouver son petit garçon. Crise suivie d'abattement. Elle est toujours confuse. Craintes constantes non motivées, appels inquiets.

A partir du 15 janvier, on voit tous les jours son état mental s'améliorer, sa mémoire revenir. Elle commence à s'occuper, mais est vite fatiguée. Elle reçoit avec plaisir la visite de son mari, pleure parce qu'on ne lui a pas apporté son enfant.

Le 25 janvier, elle sort de l'hôpital, encore un peu confuse, mais très améliorée. Persistance cependant du ralentissement et de la fatigabilité psychique, amnésie lacunaire du début des troubles actuels, activité psycho-motrice encore réduite avec asthénie musculaire et état général médiocre. Guérison complète un mois après.

OBSERVATION XX

Allaitement de quatre mois. — Délire hallucinatoire. — Guérison rapide. — Ethylisme ancien.

C... Jeanne, 37 ans, entre le 27 février 1921 au Pavillon

d'observation psychiatrique pour troubles mentaux apparus au cours d'un allaitement.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : ses parents sont en bonne santé. Pas d'antécédents psychiques ou nerveux, ni directs, ni collatéraux.

Antécédents personnels. — On n'a pas de renseignements sur son enfance et son adolescence. Mariée à 19 ans ; pleuro-péricardite à 20 ans, compliquée d'anasarque. Pas de fausses-couches. Trois enfants vivants et bien portants : le premier âgé de 13 ans, le second 7 ans, le troisième est un garçon de 4 mois qu'elle allaite.

Elle aurait commencé à boire plus que de raison depuis 1916. Elle faisait porter chaque jour chez elle 4 litres de vin qu'elle ingérait en majeure partie. Ne s'enivrait pas. Elle prétendait boire pour son plaisir. Après son dernier accouchement, elle est fatiguée et dit que le vin lui donne la force nécessaire pour allaiter son enfant et subvenir aux besoins du ménage. Les troubles mentaux ont débuté vers la fin de sa grossesse, par des idées de jalousie : elle disait que son mari avait des maîtresses, qu'il leur payait des toilettes de 300 fr. et qu'il lui refusait à elle une paire de bas. Son mari est allumeur de réverbères, aussi l'a-t-elle suivi plusieurs fois dans sa tournée. Une fois, elle l'a menacé d'un couteau à découper. Elle l'accuse, en termes très grossiers, d'avoir des relations avec deux femmes, dit qu'il a été l'acteur d'une scène érotique sur laquelle elle imagine force détails, prétend qu'elle a appris ces faits grâce à une machine électrique qui les lui met dans la cervelle. Ces idées de jalousie persistent encore, mais elles surviennent seulement par intermittences, sans coïncider avec les périodes d'agitation et d'excitation à base d'hallucinations qu'elle présente actuellement.

Au moment de son accouchement, dont les différents épisodes et la convalescence furent normaux, elle n'eut pas d'agitation ni de délire. Pendant quatre mois, elle s'occupa ponctuellement de son ménage, de ses enfants. Elle allaitait régulièrement le dernier. Pas de violences à l'égard des siens.

Dans la nuit du 24 au 25 février, à 2 heures du matin, elle se réveille soudain : elle voit des gens sur le toit, armés de projecteurs électriques, qui veulent lui ravir son argent,

l'assassiner ainsi que son mari. Le même jour, elle va à Talence avec son frère et ses enfants. En descendant du tramway, place Nansouty, elle dit à son frère : « Tu vois cet homme, avec cette casquette grise, il était cette nuit sur le toit ». Le frère de la malade s'est retourné et n'a vu personne. Il semble bien que l'on se trouve en présence d'une hallucination visuelle. Une fois rendue chez son beau-frère, elle a des hallucinations visuelles terrifiantes : son enfant a le cou coupé, son mari est pendu sous ses yeux. Interprétations délirantes : voyant un chien, croit que celui-ci est un chien policier suivant la trace de bandits. Elle s'est emparée d'un revolver et a tenté de tuer sa belle-sœur.

A l'hôpital, le 28 février. — Nous sommes en présence d'une malade calme, couchée dans son lit sans désordre aucun et qui répond parfaitement à nos questions. Voici comment elle nous raconte l'histoire de sa maladie : il y a cinq ou six jours, brusquement dans la nuit, elle fut réveillée par une « sensation d'électricité » dans la tête ; elle est prise en même temps de la peur qu'on la tue ; elle se lève et aperçoit alors sur les toits des ombres qui courent et la menacent d'un revolver et du poing ; il lui semble qu'elle les reconnaît, mais la nuit l'empêche de distinguer leurs traits. Tout le reste de la nuit se passe ainsi. Elle a tellement peur qu'à un certain moment elle crie, appelle les voisins au secours et réveille tout son entourage. On tente de la rassurer, mais en vain ; elle voit partout des lampes électriques, des lueurs, et quand le matin, très fatiguée, elle finit par s'étendre sur son lit, elle ne cesse de voir des ombres. Elle entend aussi formuler à ses oreilles ses propres pensées. « C'est, dit-elle, comme si on m'arrachait les paroles de la tête. » Ces voix chantent et plaisantent grossièrement sans la menacer. Toute la journée qui suivit, elle ne cessa d'avoir des hallucinations auditives et visuelles. Son frère survient et, pour tâcher de la calmer, l'emmène chez lui à Talence où il a un jardin. Mais là, ce fut pis ; elle voyait des chiens qui sentaient sa trace, des gens avec des sonnettes, des hommes qui agitaient des draps de lit. Le soir, la peur qu'on la tue lui revient plus intense ; elle crie et s'agite toute la nuit.

Le 26 février, la peur continue dans la journée. Elle se voit entourée de gens qui la menacent de la pendre, elle les entend

proférer leurs menaces et leur répond tout haut par des phrases comme celle-ci : « Non, je ne veux pas être pendue ! ». Puis ces gens étendent leurs menaces à toute sa famille, à son enfant de quatre mois qu'elle nourrit. Alors, elle éprouve le désir de tuer son enfant pour le soustraire aux coups de ses agresseurs ; elle raisonne cette impulsion cependant, et cela lui fait une grande peine de se croire obligée à cet acte. « Je n'en aurai jamais le courage. » Alors, elle décide de se tuer elle-même et s'empare d'un revolver que son mari lui enlève aussitôt. Elle prend un couteau, mais il lui répugne de se tuer avec cela. Son mari ayant fait disparaître tous les objets avec lesquels elle aurait pu se blesser, elle tente de se jeter par la fenêtre. Son mari la retient. Mais, trompant sa surveillance, elle fait une nouvelle tentative, cette fois réussit, et tombe dans la rue de la hauteur d'un premier étage. Par bonheur, à ce moment, passait un homme qui reçoit la malade sur son dos. Cette dernière se relève avec une contusion légère au côté, tandis que son sauveur involontaire a une luxation de l'épaule. Après cet incident, ses visions augmentent ; elle voit le diable qui sort du plafond dans un nuage de fumée et lui apporte un poison pour se tuer. C'est à ce moment qu'on l'apporte à l'hôpital.

29 février. — La dernière nuit, elle a vu des ombres sur les murs, a eu peur, a crié. Elle a cependant reposé après minuit.

Interrogée au sujet de sa vie conjugale, elle devient un peu réticente, mais finit par nous avouer tous ses doutes au sujet de la conduite de son mari. Elle le croit affligé d'une maîtresse qui le poursuit et le fait changer de caractère ; cette liaison date de deux mois tout au plus, et son mari est beaucoup moins aimable qu'avant. La malade avoue boire une moyenne de deux litres de vin par jour, seulement depuis qu'elle allaite son enfant. Elle boit beaucoup de café fort, mais pas d'alcool.

1^{er} mars.— Nuit meilleure, plus calme, mais encore traversée d'hallucinations visuelles. Ce matin, la malade aperçoit encore des ombres sur les murs, mais cela ne semble pas lui causer grand émoi. Elle affirme l'existence de ces visions bien que nous essayions de la détromper. Elle déclare n'avoir jamais eu de troubles mentaux.

Examen somatique. — Femme en bon état physique, plutôt

forte. Le sein gauche est gorgé de lait. Le sein droit, qu'elle ne faisait pas têter (sans raison aucune), est beaucoup moins volumineux.

Aux poumons, il reste peu de chose de sa pleurésie ancienne. Ses sommets respirent bien ; quelques signes de congestion aux bases.

Cœur : premier temps sourd ; deuxième bruit éclatant. Pointe en dedans de la ligne mamelonnaire. Le pouls est mou, il bat à 80 pulsations.

Le foie est un peu gros ; il dépasse de deux travers de doigt les fausses-côtes.

Urines : pas d'albumine ; sucre en assez forte quantité.

Système nerveux : rien à signaler ; réflexes égaux et normaux.

10 mars. — Les troubles mentaux ont tout à fait disparu. Disparition complète du délire, calme et lucidité parfaites. Ce même jour, la malade rentre chez elle.

I

***La puerpéralité est-elle une cause fréquente
de psychoses ?***

Nous entendons par puerpéralité, avec Monneret, « l'état physiologique qui commence au moment de l'imprégnation, se continue pendant la grossesse, aboutit à la parturition et a pour dernier terme le sevrage et le retour des couches ». Les psychoses puerpérales comprennent donc l'ensemble des troubles mentaux qui surviennent au cours des diverses phases de cet état : grossesse, accouchement, post-partum, lactation.

Il est hors de doute que l'état puerpéral ne constitue un moment d'élection pour l'éclosion des troubles mentaux chez la femme. Ce fait a frappé les Anciens, et, depuis Hippocrate, nous avons vu combien nombreux sont les auteurs qui l'ont observé et étudié. Esquirol établit que un douzième des femmes aliénées sont des puerpérales. Marcé trouve à peu près le même chiffre ; pour lui, on trouve une malade atteinte de folie puerpérale sur 12 ou 13 aliénées.

Pour Runge (1911), la fréquence relative des psychoses puerpérales est beaucoup moins élevée : elle est de 4,16 % sur toutes les psychoses. Beaucoup d'auteurs ont d'ailleurs constaté la fréquence moindre des troubles mentaux de la puerpéralité depuis la période aseptique.

Au point de vue de la fréquence relative au nombre des accouchements, Régis trouve un cas sur 800, Bernard (1922) un cas sur 600 à 800, Armstrong (1923) un cas sur 1.100.

La fréquence des psychoses suivant leur moment d'apparition donne lieu à quelques divergences d'opinion parmi les auteurs, mais si on admet avec la plupart d'entre eux que les suites de couches constituent la période qui com-

mence immédiatement après l'accouchement et se termine six semaines après lui, on voit que tous sont d'accord sur le fait que les psychoses du post-partum sont les plus nombreuses. Puis viennent celles de la lactation et, enfin, celles de la grossesse. Sur 310 cas de folie puerpérale, Marcé trouve : 27 fois de la grossesse, 180 fois des suites de couches, 103 de la lactation. La statistique de Bretonville (1900), établie en réunissant plusieurs statistiques antérieures, donne les chiffres suivants : grossesse dans 3 % des cas ; suites de couches, 6,8 % ; lactation, 4,6 %. La fréquence des psychoses éclamptiques serait, d'après Lallier, de 5 % sur le nombre total des psychoses puerpérales.

Sur les 20 cas que nous avons réunis, dans 10 cas les troubles mentaux ont apparu après l'accouchement, dans 6 pendant la grossesse, dans 4 pendant la lactation ou après le sevrage. Parmi nos observations, il n'en est pas une se rapportant à la psychose post-éclamptique. La durée habituelle de celle-ci, en effet, est en général trop courte pour nécessiter l'envoi des malades qui en sont atteintes dans un service spécial. Et le nombre des psychoses du post-partum dont nous avons pu nous procurer l'histoire est relativement faible, car, chez beaucoup de malades qui les ont présentées, l'infection puerpérale a eu une évolution d'emblée trop grave et une issue fatale trop rapide pour permettre leur transat du Service d'isolement de Canolle au Pavillon d'observation Psychiatrique de l'hôpital Saint-André.

D'après Régis, les psychoses de la grossesse surviennent aux moments de la gestation qui correspondent au maximum des troubles nutritifs, c'est-à-dire pendant le premier, les deux derniers mois, mais surtout du quatrième au sixième mois. Les psychoses du post-partum apparaissent soit immédiatement après l'accouchement, soit, plus fréquemment, dans la première et deuxième semaine. Celles de la lactation, d'après certains auteurs, dont Régis, appartiennent de préférence à la fin de la lactation, aux allaites-

ments répétés et prolongés au-delà du temps habituel. Pour d'autres, au contraire, tel Anglade, leur fréquence est plus grande pendant les quatre premiers mois. L'influence du sevrage sur l'éclosion des troubles mentaux a été diversement interprétée ; tantôt il a été considéré comme un facteur favorisant leur éclosion, tantôt, mais plus rarement, comme un facteur favorable à leur guérison. Dans nos observations, les troubles mentaux au cours de la grossesse ont apparu trois fois pendant le quatrième mois, une fois au septième, une fois au cinquième, une fois à trois mois et demi. Les psychoses du post-partum ont toutes apparu pendant les quinze premiers jours après l'accouchement, sauf une qui s'est produite un mois après : trois fois elles ont débuté vers le dixième jour, une fois au septième, une fois au quatrième, une fois au cinquième, une fois au treizième. Enfin, les psychoses de l'allaitement se produisent au huitième, sixième et quatrième mois de l'allaitement ; l'une apparut après le sevrage.

II

La puerpéralité crée-t-elle une psychose ou des psychoses d'un type spécial?

Les anciens auteurs ont décrit la folie puerpérale ; ils en ont fait une entité morbide bien définie, et dont seul était responsable l'état au cours duquel elle apparaissait : sympathie unissant l'utérus et le cerveau, déviation des menstrues et des lochies, dépôts laiteux, etc... Il faut arriver à Esquirol pour qu'on s'aperçoive de l'influence d'autres facteurs, tels que l'hérédité, les affections morales, les écarts de régime, mais l'existence de la folie puerpérale reste indiscutée ; le même auteur ne parle-t-il pas d'une diathèse laiteuse qui amène des modifications spéciales aux accidents dont sont menacées les femmes en couches ? Marcé trouve aux manifestations de la folie puerpérale un caractère tout-à-fait spécial grâce aux conditions organiques au milieu desquelles elle se développe, mais déjà se rend compte que ce n'est pas la puerpéralité elle-même qui agit, mais les états pathologiques secondaires qui constituent cet état et trouvent leur équivalent ailleurs en pathologie ; il donne de l'importance aux causes prédisposantes, et en particulier au terrain. On s'était déjà aperçu que, si la folie puerpérale était une dans son étiologie, elle était diverse dans ses manifestations et empruntait les formes des autres sortes de folie. Magnan et ses élèves ne prennent plus la folie puerpérale pour une entité morbide, mais pour un simple aspect de la dégénérescence mentale ; les troubles mentaux de la puerpéralité n'ont d'autre caractéristique que les circonstances au cours desquelles ils se développent. Un peu plus tard, Gilbert Ballet substitue au terme de folie puerpérale celui, beaucoup plus général, de psychoses puerpérales. Vers cette époque, et depuis un certain

temps déjà, les psychoses puerpérales ont repris de l'importance : ce ne sont plus simplement des psychoses vulgaires, celles des dégénérés et des héréditaires, mais des psychoses spéciales dues à des auto-intoxications et à l'infection. On étudie les manifestations de cette auto-intoxication et de l'infection; chez toutes les malades on retrouve leurs traces. puis, enfin, on réagit et on s'aperçoit que dans nombre de cas il faut donner à la constitution psychopathique le premier rôle et à la puerpéralité celui, bien moins important, d'une cause occasionnelle fortuite. Cependant, on admet encore que la puerpéralité est capable de créer des troubles mentaux sans le secours du terrain, et que ces troubles mentaux méritent le nom de psychoses puerpérales : ce sont ceux qui accompagnent l'infection, l'intoxication gravidique ou sont amenés par l'épuisement dont le rôle est ramené à celui d'une auto-intoxication.

La puerpéralité semble n'agir jamais directement dans la genèse des troubles mentaux. La vieille théorie de la folie sympathique ou celle, identique mais plus récente, de la folie réflexe, n'a plus de partisans. Tout au plus, lui imputerait-on encore les troubles mentaux transitoires du travail, qui trouvent dans les modifications de la circulation encéphalique, l'excès de la douleur et les antécédents des malades, des causes beaucoup plus plausibles. En dehors de ces faits, les troubles mentaux que l'on observe pendant la puerpéralité apparaissent dans trois ordres de conditions :

1° Chez des femmes à antécédents héréditaires ou personnels plus ou moins chargés et chez qui la cause qui a déclenché la psychose reste introuvable, étant probablement trop minime ; et, d'ailleurs, on sait que la puerpéralité, comme toutes les phases de la vie génitale de la femme, donne souvent aux psychoses vésaniques l'occasion de se manifester.

Sur nos 20 malades, 13 présentent des antécédents héréditaires.

ditaires ou personnels, et, dans deux cas, les antécédents nous sont inconnus.

Observation I. — Antécédents personnels : encéphalite épidémique il y a six ans.

Obs. II. — Antécédents personnels : accès mélancolique léger à l'occasion d'un sevrage brusque et de la mort d'un enfant.

Obs. III. — Antécédents héréditaires : mère internée, sœur suicidée, père éthylique.

Obs. IV. — Hérédité vésanique ; mère internée. Antécédents personnels : accès dépressif au cours d'une grossesse antérieure.

Obs. V. — Antécédents personnels : un accès dépressif avec internement en dehors de la puerpéralité.

Obs. VIII. — Antécédents personnels : légère excitation constitutionnelle.

Obs. IX. — Antécédents héréditaires : éthylisme paternel. Antécédents personnels : syphilis, accès de confusion mentale lors d'un accouchement précédent non suivi d'infection.

Obs. X. — Antécédents personnels : fièvre typhoïde avec quelques reliquats mentaux. Crise d'agitation pendant un post-partum antérieur.

Obs. XIV. — Antécédents héréditaires : accès dépressif analogue chez la mère.

Obs. XV. — Antécédents héréditaires : confusion mentale chez la tante et la sœur à l'occasion de la puerpéralité.

Obs. XVI. — Antécédents personnels : deux accès identiques à la suite d'avortements.

Obs. XIX. — Hérédité vésanique : mère internée.

Obs. XX. — Antécédents personnels : éthylisme.

2^o Chez des femmes présentant de l'auto-intoxication ou de l'infection.

L'auto-intoxication gravidique, avec ses manifestations plus ou moins graves, depuis les simples vomissements le matin au lever jusqu'à l'éclampsie, les vomissements

incoercibles, la chorée, la polynévrite, ne s'est jamais nettement manifestée chez aucune de nos malades. Mais on peut admettre qu'elle a joué un rôle dans le cas de l'observation.

Nous retrouvons l'infection chez sept de nos malades, et six fois elle est d'origine puerpérale : septicémie dans 3 cas (obs. VII, VIII, IX), léger état infectieux d'origine utérine dans 1 cas (obs. X), paramétrite avec péritonite localisée et myocardite 1 cas (obs. XI), abcès des deux seins 1 cas (obs. XII). Enfin, dans un cas, embarras gastro-intestinal avec fièvre (obs. XVIII).

3° Souvent les causes pathogènes sont mixtes : l'infection et l'auto-intoxication se développent chez des malades prédisposées aux accidents mentaux. C'est le cas de trois de nos malades : observation VIII (septicémie et légère excitation constitutionnelle), observation IX (septicémie et antécédents héréditaires et personnels), observation X (léger état infectieux et antécédents personnels). Dans deux de nos cas (obs. XIII et XVII) on ne trouve ni prédisposition vésanique, ni aucun signe d'infection ou d'auto-intoxication. Faut-il croire que la première soit jusque-là restée latente ou qu'on ait affaire à une de ces infections à évolution insidieuse auxquelles quelques auteurs, tels que Lucien Picqué, Privat de Fortuné, attachent une si grande importance ?

Dans deux cas, enfin, des causes tout à fait étrangères à la puerpéralité ont déclenché les accidents : c'est celui de la malade qui fait le sujet de l'observation XIX (un choc émotionnel a déterminé les troubles mentaux chez une prédisposée qui ne nourrissait même pas complètement son enfant) et celui de la malade de l'observation XX chez qui quelques accès alcooliques ont déclenché le délire chez une éthylique ancienne qui avait sevré depuis un mois et demi son enfant.

Les psychoses que l'on rencontre au cours de la puerpéralité sont donc de deux ordres :

1° Ce sont des psychoses infectieuses ou toxiques. Psy-

choses infectieuses telles que n'importe quelle maladie infectieuse est capable d'en produire et que nous avons eu si fréquemment l'occasion d'observer dans le Service du Professeur Abadie; psychoses par intoxication telles qu'en causent les autres auto-intoxications (urémie par exemple) et semblables à celles qui sont dues à des poisons exogènes : alcool, morphine, cocaïne, etc... On sait que le terrain n'est pas indispensable aux infectées pour créer le délire et qu'il se produit chez des malades nullement prédisposées. Il est d'ailleurs évident que les facteurs infection et prédisposition sont en rapport inverse, et que chez un prédisposé peu de chose suffira à créer le délire, tandis que chez un malade psychologiquement normal il faudra une infection beaucoup plus forte.

2° Ce sont des psychoses constitutionnelles, qu'aurait aussi bien déclanchées une cause banale, comme une émotion, de la fatigue, un incident physiologique ou pathologique quelconque, la constitution vésanique ne cherchant qu'une occasion pour se manifester.

Enfin, dans beaucoup de cas, il est bien difficile de savoir si on a affaire à une psychose accidentelle ou à une psychose vésanique, les causes étant imbriquées ou les antécédents peu nets.

Il n'existe donc pas au point de vue étiologique une ou même des psychoses puerpérales, mais des psychoses banales survenant pendant le cours de la puerpéralité, et dont les rapports avec elle sont plus ou moins directs, plus ou moins lointains, et quelques fois même peut-être nuls.

III

Formes cliniques des psychoses apparues au cours de la puerpéralité.

Pas plus que dans leur étiologie, les troubles mentaux de la puerpéralité ne sont un, ni particuliers dans leur aspect clinique. Ils affectent simplement les formes habituelles aux deux ordres de facteurs qui les ont déterminées. On observe donc d'une façon générale, chez les infectées et les intoxiquées, la confusion mentale avec l'une quelconque de ses variétés, chez les prédisposées, les psychoses vésaniques : manie, mélancolie, délires partiels plus ou moins systématisés. Enfin, lorsque s'unissent la prédisposition et l'accident, on trouve la plus grande diversité entre les états confusionnels et les états constitutionnels purs, les manifestations de chacun d'eux s'unissant, se superposant ou se succédant suivant une infinité de modes et de proportions.

Mais en pathologie mentale, et en dehors même de ces états étiologiquement mixtes, la distinction entre les diverses formes de folie n'est pas toujours aussi tranchée. Le constitutionnel peut entrer dans sa vésanie par une crise de confusion mentale, celle-ci survient parfois à titre épisodique au cours d'un accès de manie ou de mélancolie, et même, comme il semble que ce soit le cas pour les malades des observations X, XV et XVI, la constitution vésanique a peut-être parfois tendance à se manifester uniquement sous la forme confusionnelle pure. D'un autre côté, au cours des états confusionnels, on observe fréquemment des alternatives d'excitation et de dépression. La manie que Marcé a observée si fréquemment pendant les suites de couches, ne semble être autre chose que la confusion mentale agitée.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : la confusion

mentale (amentia des Allemands) est la forme de psychose la plus fréquemment observée au cours de la puerpéralité. Puis viennent la manie et la mélancolie sur la fréquence relative desquelles on n'est pas d'accord, et enfin les délires partiels, qui, de l'avis général, sont beaucoup plus rares.

1° *La confusion mentale au cours de la puerpéralité.*

La confusion mentale est cet état dans lequel il y a engourdissement ou inhibition de l'intelligence, incoordination et imprécision des sensations et des idées donnant lieu à des interprétations erronées et absurdes, désorientation dans le temps et dans l'espace. L'automatisme seul est conservé. La confusion mentale peut être simple et se réduire à ces symptômes, ou se compliquer d'hallucinations et de délire ; on décrit encore une forme asthénique, une forme stuporeuse ; enfin, une dernière variété est constituée par le délire aigu, caractérisée par un délire hallucinatoire violent et une agitation extrême d'aspect maniaque. Cette dernière forme est l'apanage presque exclusif des intoxications aiguës et des septicémies.

On trouve la confusion mentale à toutes les périodes de la puerpéralité, mais sa fréquence est de beaucoup plus élevée pendant le post-partum, qui est aussi le moment où apparaît le plus souvent l'infection et où l'intoxication gravidique semble devoir atteindre son maximum à la suite du choc produit par l'accouchement

Sur nos 20 observations, nous trouvons 11 cas de confusion mentale. Dans 6 cas, elle s'est produite chez des infectées. Dans les autres cas, on ne trouve pas trace d'intoxication ou d'infection chez les malades qui l'ont présentée. Par contre, chez 4 d'entre elles, on est frappé par l'existence, dans les antécédents personnels ou héréditaires, d'accès semblables apparus à l'occasion de suites de couches ou d'avortements toujours apyrétiques (sauf dans un cas où l'avortement semble être dû à une pneumonie).

Les 11 cas se répartissent ainsi :

Confusion mentale pendant la grossesse : 1 cas.

Obs. VI. — Confusion mentale simple. Pas de trace nette d'auto-intoxication ou d'infection. Aucun antécédent.

Confusion mentale pendant les suites de couches : 6 cas.

Obs. VII. — Délire aigu. Septicémie puerpérale. Antécédents inconnus.

Obs. VIII. — Délire infectieux avec très grande agitation. Septicémie. Légère excitation constitutionnelle.

Obs. IX. — Délire aigu. Septicémie puerpérale. Un accès confusionnel à la suite d'un accouchement précédent sans fièvre.

Obs. X. — Agitation confusionnelle. Léger état infectieux, crise analogue à l'occasion d'un accouchement précédent.

Obs. XIII. — Confusion mentale suspecte. Pas d'infection ni d'auto-intoxication manifestes. Pas d'antécédents vésaniques.

Obs. XV. — Confusion mentale onirique. Pas d'infection ni d'intoxication nettes. Accès similaires chez la tante et la sœur à l'occasion de suites de couches.

Obs. XVI. — Confusion mentale simple. Pas d'infection. Deux accès identiques à la suite d'avortements.

Confusion mentale au cours de la lactation : 2 cas.

Obs. XVIII. — Confusion mentale simple. Embarras gastro-intestinal fébrile. Antécédents inconnus.

Obs. XIX. — Confusion mentale simple. Choc émotionnel. Pas d'infection ni d'intoxication. Héritéité vésanique.

Il faut enfin faire une place à part à la malade de l'observation XX. C'est une éthylique chez laquelle quelques excès alcooliques récents ont amené une crise de délire hallucinatoire aigu.

2° *Les psychoses vésaniques.*

Moins fréquemment, au cours de la puerpéralité, on observe les manifestations pures de la constitution vésanique : manie, mélancolie, délires systématisés.

La manie est caractérisée par une surexcitation de l'intelligence et du mouvement. La vie du malade se déroule avec une vitesse prodigieuse, mais avec une absence complète de règle et d'adaptation au milieu. Les idées grouillent et se succèdent avec une telle rapidité qu'il est impossible à l'individu normal d'en saisir les associations, d'ailleurs souvent très superficielles. La logorrhée est révélatrice de l'idéorrhée. Les maniaques se répandent en moqueries, en injures et en grossièretés. Ils ont des illusions de tous les sens, et en particulier de la vue. Ils ne peuvent se tenir tranquilles ni jour ni nuit et cette exubérance motrice empêche tout sommeil. Il semble que tous les organes participent à cette agitation, à cette accélération de la vie : les battements du poulx et les mouvements respiratoires sont plus rapides, l'appétit est exagéré, toutes les combustions sont augmentées.

Nous trouvons cet état, à degrés divers, chez 2 de nos malades : une fois au cours de la grossesse, une fois pendant le post-partum :

Obs. I. — Excitation psycho-motrice. Antécédents personnels : encéphalite épidémique. Pas de signes d'intoxication.

Obs. XII. — Accès maniaque. Pas d'antécédents. Abcès des deux seins.

La mélancolie est l'état caractérisé par de la dépression et de la tristesse. L'attitude des mélancoliques est affaïssée comme si le tonus musculaire avait disparu. Les yeux sont baissés, le regard lointain, le visage immobile et exprimant la désolation. Les malades deviennent apathiques, se désintéressent totalement de tout ce qui n'est pas leur douleur. Quelquefois, cet état s'accompagne d'anxiété.

La mélancolie, d'après la plupart des auteurs (Régis, Bar, etc...) serait la forme la plus fréquemment observée au cours de la lactation. D'une façon générale, elle est au cours de la puerpéralité plus fréquemment observée que la manie. Parmi nos observations, nous en avons cinq cas : grossesse, 3 cas; suites de couches, 1 cas; allaitement, 1 cas.

Les 3 cas de la grossesse se répartissent ainsi :

Obs. 1. — Mélancolie délirante. Idées de persécution et de culpabilité. Accès mélancolique léger un mois et demi après un accouchement antérieur.

Obs. III. — Accès dépressif. Hérité vésanique. Fatigue assez intense depuis le début de la gestation.

Obs. IV. — Mélancolie anxieuse. Hérité vésanique. Un accès dépressif au cours d'une grossesse antérieure. Pas de signes nets d'intoxication.

Obs. V. — Dépression mélancolique simple. Accès identique en dehors de la puerpéralité.

Pendant les suites de couches :

Obs. XIV. — Accès mélancolique. Un accès dépressif chez la mère en dehors de la puerpéralité. Pas de signes d'infection ni d'intoxication.

Au cours de l'allaitement :

Obs. XVII. — Accès mélancolique. Aucun antécédent.

Les délires partiels plus ou moins systématisés, très variés, sont l'apanage presque exclusif de la grossesse. Nous n'avons pu en recueillir aucun cas.

***La puerpéralité donne-t-elle à ces psychoses
un aspect clinique particulier ?***

Il semble bien que rien, dans la mode de début, l'évolution, le pronostic des psychoses apparues au cours de la puerpéralité ne les distingue des psychoses infectieuses ou toxiques d'une part, d'autre part des psychoses vésaniques qui se produisent en dehors de cet état.

Comme dans toutes les psychoses infectieuses, le début des troubles mentaux est variable par rapport à l'éclosion des autres symptômes d'infection. Souvent, ils les précèdent : il est fréquent de voir, dans le Service de M. le Professeur Abadie, des malades envoyés uniquement parce qu'ils présentent des troubles mentaux et chez qui, quelques jours plus tard, se déclarent les symptômes d'une infection grave. C'est le cas des malades qui font le sujet des observations XI et XVIII, chez qui la confusion mentale a précédé, chez l'une, une infection d'origine génitale, chez l'autre les symptômes d'un embarras gastro-intestinal fébrile.

Le début des accidents psychiques coïncide parfois avec l'apparition de la fièvre et des troubles somatiques : c'est, parmi nos malades, le cas le plus fréquent (obs. VII, VIII, IX, X).

Parfois enfin, mais très rarement, les troubles mentaux éclosent au cours d'une infection constituée depuis un certain temps déjà (obs. XII).

Les troubles mentaux évoluent en général parallèlement à l'infection. Le délire aigu est, comme partout ailleurs, l'apanage exclusif des infections très violentes, des septicémies (obs. VII et IX). Il se calme à mesure que celles-ci s'atténuent, pour faire place à de la confusion mentale simple ou à la guérison, à moins que la mort ne survienne du fait de la violence de l'infection (obs. VII).

La confusion mentale guérit parfois en même temps que l'infection ou l'intoxication qui lui a donné naissance. C'est le cas des malades des observations X et XVIII. Quelquefois, elle persiste un certain temps après la disparition des troubles somatiques et s'atténue lentement et progressivement, ou, après une phase caractérisée par des symptômes atypiques, évolue vers une psychose dissociative. Le pronostic est cependant en général bon.

Mais, si l'infection et l'auto-intoxication agissent parfois pour leur propre compte (le tableau de la confusion mentale alors occupe seul la scène, même chez des femmes nettement prédisposées), plus fréquemment elles jouent un rôle de déclic : on voit alors succéder à la confusion un état vésanique pur, le plus souvent la manie, qui prend exactement l'aspect d'un accès maniaque franc isolé ou dont l'évolution ultérieure est celle d'une psychose maniaco-dépressive (obs. VIII, XI).

Les accès vésaniques apparus au cours de la puerpéralité ne présentent rien de spécial. Il est d'ailleurs assez fréquent d'observer, dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades, des accès absolument identiques en dehors de la puerpéralité (obs. V, XIV). Fréquent aussi et plus remarquable est le fait que, chez certaines malades, ou dans leurs antécédents héréditaires, les troubles mentaux n'ont jamais apparu qu'à l'occasion de la puerpéralité (obs. IV, IX, X, XV, XVI).

Comme toujours, au cours de la puerpéralité, l'accès mélancolique débute assez lentement et se développe progressivement. Il est plus long à guérir que l'accès maniaque et guérit moins souvent. La durée des accès mélancoliques que nous avons observés a été la suivante : obs. II, un mois et demi ; obs. III, deux mois ; obs. IV, un an et demi ; obs. V, six mois ; obs. XIV, huit mois ; obs. XVII, sept mois.

La manie apparaît plus brusquement, évolue plus vite et, d'une façon générale, guérit plus souvent. La durée de l'accès, chez les malades qui en furent atteintes, soit d'em-

blée, soit après une période de confusion, est à peu près la suivante : obs. I, la date de début est inconnue ; obs. VIII, deux mois ; obs. XI, six mois ; obs. XII, un an. Souvent, il s'établit par la suite une psychose maniaque-dépressive. Nous ne pouvons en citer qu'un cas (obs. XII) et encore n'est-il pas bien sûr qu'on ait eu affaire à un accès mélancolique, mais à un état dementiel, ayant succédé, après un intervalle de guérison apparente, à l'accès maniaque du post-partum. Le pronostic immédiat de ces états, dans l'ensemble, est bon. Les accès guérissent presque toujours, réserve faite du passage à la chronicité et de l'apparition toujours possible d'une démence précoce. Mais il y a toujours à craindre les récurrences qui sont le propre des états maniaque et mélancolique, et que peut déclencher n'importe quelle cause banale. Dans certains cas même, où il semble que la constitution vésanique aime particulièrement la puerpéralité, on peut prévoir des accès au moment de grossesses ou d'accouchements ultérieurs.

***Quel sens faut-il donc donner au terme
de psychoses puerpérales ?***

Il n'y a donc pas de psychoses puerpérales. Il n'y a point d'affections psychiques nettement tributaires de la puerpéralité et la grossesse, les couches, la lactation, ne sont pas les causes directes de la maladie, mais seulement des incidents qui favorisent son apparition.

Il semble que ce ne soit que dans un sens étiologique très large que l'on puisse admettre le terme de psychoses puerpérales et pour rappeler ce seul fait indiscutable : la puerpéralité, de quelque façon qu'elle agisse, prédispose à l'éclosion des troubles mentaux. Dans certains cas, par l'intermédiaire de facteurs qui sont directement en rapport avec elle, mais n'ont rien de spécifique, elle donne lieu à des manifestations mentales qui ne sont pas davantage spécifiques. Mais surtout, soit par sa seule présence, soit plutôt avec l'aide de ces facteurs, elle donne à la constitution vésanique des occasions fréquentes et particulièrement favorables de se manifester. Beaucoup de prédisposées attendent ce moment pour entrer dans leur psychose, quelques-unes — nous en avons des exemples — n'ont eu des accès qu'à cette occasion et peut-être même n'en auraient-elles jamais présenté si elles n'étaient pas devenues enceintes. Mais jamais le terme de psychose puerpérale ne peut tenir lieu de diagnostic ni constituer un élément de pronostic.

CONCLUSIONS

I. — L'éclosion des troubles mentaux au cours de la puerpéralité est un fait souvent rencontré et de tout temps observé. Il a donné lieu aux interprétations les plus nombreuses et les plus variées.

II. — La puerpéralité, contrairement à l'opinion longtemps admise, ne détermine aucune manifestation d'ordre mental spécifique : il n'y a pas de folie puerpérale, comme il y a une paralysie générale, un délire épileptique, une démence sénile, etc..., nettement caractérisés par un ensemble de symptômes bien définis.

III. — Il n'y a pas davantage de psychoses puerpérales, c'est-à-dire des troubles mentaux divers dans leurs manifestations, mais directement dépendants de la puerpéralité par leur étiologie et leur pathogénie.

IV. — Les troubles mentaux au cours de la puerpéralité relèvent de deux ordres de facteurs : les premiers sont plus ou moins directement liés à elle, ce sont l'infection et l'auto-intoxication. Le second est constitué par la prédisposition vésanique ; celle-ci existe dans la grande majorité des cas.

V. — Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre facteur, on rencontre les troubles mentaux caractéristiques de la toxi-infection, c'est-à-dire la confusion mentale, ou les manifestations de la constitution vésanique : la mélancolie, la manie, la psychose maniaco-dépressive, les délires systématisés. Dans certains cas, l'épisode toxi-infectieux

avec confusion mentale ne fait que préparer l'éclosion de la psychose vésanique qui évolue ensuite pour son propre compte.

VI. — La puerpéralité n'influe en rien sur l'aspect clinique et l'évolution des troubles mentaux, quels qu'ils soient, apparus pendant son cours. Leur pronostic est en général bon, mais comporte quelques réserves : passage de la confusion mentale à la démence, récidives et chronicité pour les accès vésaniques.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ABADIE.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 Mars 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AIKEN. — Psychose puerpérale. (*Wertern Medical Omaha*, janvier 1911.)
- ANDERSEN. — Ueber puerperalpsychosen. (Thèse de Kiel, 1919.)
- ANGLADE. — Article Confusion mentale. (Traité de pathologie mentale publié sous la direction de G. BALLET, Paris 1903.)
- ANGLADE et JACQUIN. — Confusion mentale à type P. G. chez une puerpérale. (Société médicale de Bordeaux, 1908.)
- ANGLADE et LAFAGE. — Puerpéralité et psychoses. (*Gaz. hebdomadaire des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1910, xxxi, p. 137-139.)
- ARMSTRONG (Jones). — Puerperalinsanity. (*Lancet*, London, 1923, I, p. 1297.)
- BALLET (Gilbert). — Psychoses puerpérales. (*Médecine moderne*, octobre et novembre 1892.)
- BAR. — La folie des nourrices. (*Journal des Praticiens*, Paris 1908, p. 673-689.)
- BARACOFF. — Du rôle des troubles de la nutrition dans la pathogénie de la folie puerpérale. (Thèse Paris, 1902.)
- BARUK. — Les troubles mentaux de la grossesse et de l'état puerpéral. (*Archives médicales d'Angers*, n^{os} 6 et 7, 5 et 20 avril 1904.)
- BERMANN. — Un caso de psicosis puerperal tardia. (*Semana Med.*, Buenos-Ayres, 1924, xxxi, pt. 2, p. 558.)
- BEHR. — Etiologie des psychoses puerpérales. (*Allg. Zeits. f. Psych.*, fas. 5, 1899. R. N. 1900, p. 424.)
- BERNARD. — Contribution à l'étude des psychoses puerpérales (de leur étiologie en particulier). Thèse Nancy, 1922.
- BIDON (H.). — Les psychoses puerpérales. (*Marseille Médical*, 1905, p. 561, 589.)
- BOSSI. — Neuropsychopathies d'origine génitale. (Soc. obst. de France, octobre 1911.)

- BOURRET. — Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1923.)
- BOUTET (André). — Contribution clinique à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale. (Thèse de Paris, 1911.)
- Récidive de manie après 36 ans, chez une malade antérieurement atteinte de manie d'origine puerpérale. (*Encéphale*, Paris, 1913, p. 181-184, 1^{er} semestre.)
- Troubles mentaux à l'occasion de la grossesse. (S. P. P., 18 décembre 1913. — R. N., 1914, 1, p. 166, 389.)
- Troubles mentaux chez une femme au 5^e mois de la grossesse. (S. P. P., 15 janvier 1914. — R. N., 1914, 1, p. 389.)
- BRETONVILLE. — Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales. (Thèse de Paris, 1900-1901.)
- BROUARDEL. — Etat de la femme sous l'influence des fonctions génitales, en particulier de la grossesse. (*Gazette des Hôpitaux*, 1888, page 345.)
- BRUGNATELLI. — Contributo clinico allo studio delle psicosi puerperali. (*Folia Gyn.*, Pavia, 1925-26, xxi, 537-552.)
- BRUAS. — La grossesse dans les névroses, les psychoses et en particulier la paralysie générale progressive. (Thèse de Bordeaux, 1901.)
- BURLE. — Contribution à l'étude de la puerpéralité chez les aliénés. (Thèse de Lyon, 8 décembre 1909.)
- CAMPBELL-CLARK. — Etiology, pathology, and treatment of puerperal insanity. (*Journal of mental sciences*, juillet et novembre 1886, janvier 1887.)
- CANTON et INGEGNIOROS. — Locura del embarazo. (*Archivii di psiquiatria y criminologie*, Buenos-Ayres, 1903.)
- CARRIER. — Un cas de psychose puerpérale. (*Lyon Médical*, 23 avril 1905.)
- CASTIN. — Les psychoses puerpérales dans leurs rapports avec la dégénérescence mentale. (Thèse de Paris, 1899.)
- CAZANOVE et VOIVENEL. — Quelques observations de psychoses puerpérales. (C. R. de la Soc. Obst., de Gyn. et de Pédiat. de Paris, 1911, xiii, 67-72.)

- CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements (publiée sous la direction de P. BAR). Paris, 1907, t. II, p. 82.
- CHEVALIER-LAURE et VOIVENEL. — Quelques observations nouvelles de psychoses puerpérales. (C. R. Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiat. de Paris, 1910, XII, 238-245.)
- CLARKE (P.). — Troubles mentaux au cours de la période puerpérale. (*Journal of mental Sciences*, janvier 1913, n° 244, p. 67. — R. N., 1913, II, p. 102.)
- CODET et BADONNEL. — Psychoses puerpérales. (*Journal médical Français*, Paris 1924, XIII, 198-204.)
- CRUCHET et RIVIÈRE. — Sur deux cas de psychose puerpérale. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1923, 232-237.)
- DAVIES. — Puerperal insanity. (*Journal of the Delaware State medical Society Wilmington*, octobre 1910.)
- DELMAS. — Les modalités cliniques des psychoses puerpérales. (*Revue gén. de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1911, p. 642.)
- DEVILLARD. — De la valeur pronostique du délire dans l'infection puerpérale. (Thèse de Lyon, 1910.)
- DUKE. — Insanity of the puerperium causation. (*Journal Oklahoma State Medical Association Muskogu*, juillet 1910.)
- DUPOUY. — Récidives éloignées de la manie et de la mélancolie. (*Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1911.)
- DUPOUY. — La confusion mentale d'origine puerpérale. (*Bull. Méd.*, Paris, 1920, p. 722-725.)
- Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication. (Thèse de Paris, 1904-1905.)
- ELLERY. — Psychoses of puerperium. (*Med. J. Australia*, I, p. 287-292, fev. 26, 1927.)
- ELLIOTT. — Septicémie, pyémie et troubles mentaux dans l'état puerpéral. (*British Gynec. Journ.*, août 1901.)
- ESQUIROL. — De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. (Traité des maladies mentales, tome I, p. 230.)
- EVROT. — Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité (grossesse, accouchement, lactation). Thèse de Lyon, 1894.)

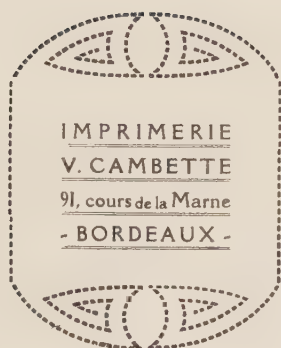
- FAURE (E.). — Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. (Thèse de Lyon, 1890.)
- FIEUX. — Délire post-éclamptique pendant la grossesse. (*Revue Obstétricale Internationale*, 1^{er} avril 1897.)
- FIGUERAS. — Psicosis del puerperio. (*Rev. Cubana de Obst. y Ginec. Habana*, 1922, IV, 34-39.)
- FRITZ. — Quelques considérations sur la pathogénie de l'éclampsie et ses rapports avec la manie puerpérale. (Thèse de Strasbourg, 1870.)
- GALANT. — Puerperal, menstrual and climacteric insanity. (*Monatschr. Geburtsh. u. Gynak.*, t. 775, p. 121-130, 1927.)
- GIMENEZ ZAPIOLA. — Consideraciones sobre la etiologia de las psicosis puerperales. (*Semana Med.*, Buenos-Ayres, 1921, XXVIII, p. 524-533.)
- GLORY. — Statistique des psychoses puerpérales. (*Archiv. für Psychiatrie*, fas. 2, p. 792, 1911. — R. N., 1911, II, p. 634.)
- GORSKI (M^{me} DE). — Considérations sur la folie puerpérale et sa nature. (Thèse de Paris, 1888.)
- GREGER. — Die prognostische Beurteilung der Puerperalpsychosen. (*Fortschr. d. Med.*, Berlin, 1912, xxx, 1089-1096.)
- GUINSBOURG (Sophie). — Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. (Thèse de Paris, 1911-1912.)
- HAKKEBOUCHE. — Psychoses de la période puerpérale, post-puerpérale et de la période de lactation. (Psychiatrie russe contemporaine, juillet 1908. — R. N., 1909, p. 44.)
- HANSEN. — Ueber das Verhältniss zwischen der puerperalen gustkrankheit und der puerperalen Infection. (*Zeits. f. Gebursth u. Gyneck.*, Stuttgart, 1888, xv, 60.)
- HERVIEU. — Traité des maladies puerpérales, 1870, p. 1027.
- HERZER (G.). — Contribution à la clinique des psychoses puerpérales. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LXIII, 2, 1906.)
- HIRSCH. — Contribution clinique à l'étude des psychoses d'origine puerpérale. (Thèse de Paris, 1916-1917.)
- HUGGINS. — The diagnosis and treatment of puerperal insanity. (*Am. J. Obst.*, New-York, 1914, LXIX, 244-248.)

- HUOT. — Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. (Thèse de Bordeaux, 1910-1911.)
- IDANOFF. — Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. (*Annales médico-psychologiques*, Paris, 1893, 7 s. 161-191.)
- JAISSON. — Les psychoses puerpérales. (Thèse Paris, 1897-98.)
- JOFFROY. — Les psychoses puerpérales. (Leçons cliniques, novembre 1894.)
- JOLLY. — Beitrag zur statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, Berlin, 1911, XLVIII, 792-823. — *München. Med. Wochenchr.*, 1911, p. 130-133.)
- LALLIER. — De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches. (Thèse de Paris, 1892.)
- LALOR. — Traitement de la folie puerpérale. (*M. J. of Australia*, 27 février 1926, p. 247.)
- LAND. — Troubles psychiques et états psychopathiques en rapport avec les règles, la grossesse et les couches. (*L'Accoucherka*, n^{os} 7-8, 1908. — R. N., 1908, p. 966.)
- LANE. — Folie puerpérale. (*Boston medic. and surg. Journ.*, juillet 1901.)
- LAULY. — Dis cas de psychoses post-puerpérales observées au Service de l'isolement des délirants à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. (Thèse de Bordeaux, 1903-1904.)
- LEQUEUX. — Troubles psychiques chez la femme enceinte. (*Journal de Médecine Interne*, 30 septembre 1910.)
- LEROY et BOUTET. — Folie intermittente et puerpéralité. (Soc. de Psychiat., 20 juin 1912. — *Encéphale*, juillet 1912.)
- LURA. — Polynévrite dans l'état puerpéral. Syndrome de Korsakoff. (*Gazetta dedica italiana*, 2 mars 1911. — *Bollettino delle Cliniche*, mai 1911, p. 207. — R. N., 1912, I, p. 40.)
- MAGNAN. — Leçons sur les folies puerpérales. (*Gazette Médicale de Paris*, 17 mars 1877.)
- MARCÉ. — Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, 1858.
- MARTIN. — De la folie puerpérale. (Thèse de Lille, 1880.)

- MEYER. — Psychoses puerpérales. (*Arch. für Psychiat.*, fasc. 2, 1911, p. 459. — R. N., 1912, 1, p. 110.)
Die Puerperalpsychosen. (*Arch. für Psychiatrie*, Berlin, 1911, XLVIII, 459-522.)
- MITKUS. — Puerperal psychosis of parturition. (*Polska Gaz.*, lek. 6, p. 553, 1927.)
- MONGERI. — Etiologie et traitement de la folie puerpérale. (*Annali di neurol.*, 1890, fasc. 6, p. 428. — R. N., 1900, p. 425.)
— Etiologie et traitement des psychoses puerpérales. (*Allg. Zeits. Psych.*, t. 57, f. 4, 1900. — R. N., 1901, p. 145.)
- MOREL. — Sur la manie des femmes en couches. (Paris, 1842, p. 36.)
- MUNZER. — Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. (*Monatschrift für psychiatrie und neurologie*, vol. XIX, fasc. 4, avril 1906, p. 362.)
- NAIKE. — Influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur le cours d'une psychose chronique déjà existante. (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, fasc. 1, p. 1, janvier 1911. — R. N., 1912, II, p. 34.)
- PARANT (Victor). — La folie puerpérale, sa nature et ses origines. (*Annales médico-psychologiques*, 1888, p. 62.)
- PARIS. — Des psychoses puerpérales envisagées au point de vue du pronostic. (Thèse de Paris, 1923.)
- PARIS (Alexandre). — Les troubles de l'intelligence, de la sensibilité, de la volonté chez les femmes enceintes, nouvelles accouchées ou nourrices. (Paris, 1911. — R. N., 1912, 1, p. 111.)
- PARTRIDGE. — Puerperal insanity. (*Providence Med. Journal*, mars 1911.)
- PASSOW. — Psychoses de la grossesse. (XIII^e réunion des Aliénistes de l'Allemagne du Nord. — *Archiv. für Psychiatrie*, t. 51, 1913, p. 1130.)
- PICQUÉ (Lucien). — Des psychoses génitales. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 30 juillet 1912.)
— De quelques considérations sur les psychoses puerpérales. (*Revue Neurologique*, 1904, p. 922.)

- PICQUÉ (Lucien). — Considérations sur les psychoses du post-partum. (Société d'Obstétrique, Paris, 1905.)
- A propos des psychoses puerpérales. (*L'Obstétrique*, 1911, p. 681-690.)
- Accès maniaque survenu chez une femme nouvellement accouchée. (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, n° 3, p. 92, Séance du 20 mars 1911. — R. N., 1912, I, p. 111.)
- PLAUCHU. — De l'auto-intoxication gravidique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1904, p. 77.)
- PRIVAT DE FORTUNIÉ. — Etude sur les délires du post-partum. (Thèse de Paris, 1904.)
- RAPOPORT (M^{lle} R.). — Syndrome de Korsakoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité. (Thèse de Paris, n° 362, 1912. — R. N., 1913, II, p. 102.)
- RAW. — Troubles mentaux de la grossesse. (*Edinburgh Medical Journal*, vol. XX, n° 2, p. 118, août 1906. — R. N., 1907, p. 36.)
- REGENSBURG. — Beitrag zur ätiologie der Puerperalpsychosen. (Thèse de Berlin, 1909.)
- RÉGIS. — Délire d'auto-intoxication et d'infection. (*Presse Médicale*, 1898.)
- Psychoses post-éclamptiques. (*Revue Mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, p. 206, Bordeaux, 1899.)
- Les psychoses d'auto-intoxication. (*Archives de Neurologie*, page 278.)
- RICKSHER. — A study of the psychoses beginning in the puerperal states. (*Boston M. et S. J.*, 1909, CLXI, 142-145.)
- RIJO GARCIA. — La folie puerpérale. (Thèse de Paris, 1879.)
- ROCHAIX. — Contribution à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale. (Thèse de Lyon, 1912-1913.)
- ROMÉO (Pasquale). — Délivrance artificielle et psychopathie dans la puerpéralité. (*La Clinica Ostetrica*, fasc. 9, p. 193-201, 15 mai 1911. — R. N., 1911., II, p. 635.)
- ROUBINOVITCH. — Mort subite dans un cas de confusion mentale avec surcharge graisseuse du cœur. (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1899.)

- ROUBINOVITCH. — Article délire des septicémies. (Traité de pathologie mentale, 1903, publié sous la direction de G. BAILLET.)
- RUNGE. — Psychoses puerpérales. (*Archiv für Psychiatrie*, fasc. 2, p. 545, 1911. — R. N., 1911, II, p. 633.)
- SARRAT (J.). — Infanticide dans ses rapports avec les psychoses des femmes en couches. (Thèse de Lyon, 1911-1912. — R. N., 1913, I, p. 112.)
- SAVAGE. — Puerperal insanity of septic origin. (*Lancet*, 1888, II, p. 1129.)
- SENLECOQ (Félix). — Du délire post-éclamptique. (Thèse de Paris, 1896.)
- SPIRE. — Psychose puerpérale. (Société de Médecine de Nancy, 12 avril 1911. — *Revue Médicale de l'Est*, 15 mai 1911, page 289.)
- TOULOUSE. — Etiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales. (*Gazette des Hôpitaux*, 30 septembre 1893, n° 112, p. 1057.)
- TRIGUEROS. — Sur un cas de psychose puerpérale. (*Revista frenopatica espanola*, septembre 1906, p. 281.)
- VIRCHOUBSKY. — Traitement des psychoses post-puerpérales. (*Psychiatrie russe contemporaine*, février 1908. — R. N., 1908, p. 1081.)
- VOGEL. — Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen und zur Prognose der Katatonie. (Thèse de Breslau, 1908.)
- ZALACKAS. — Hémorragies post-partum guéries par simple drainage et suivies d'une psychose. (*Progrès Médical*, 5 mai 1900. — R. N., 1900, p. 847.)



IMPRIMERIE

V. CAMBETTE

91, cours de la Marne

- BORDEAUX -

